Nishitan Clinic
にしたんクリニック

18歳未満者用

医療法人社団 直悠会 宛

親権者同意書

※18歳未満で、にしたんクリニックでの施術をご希望の方は、ご本人様と親権者様両人が、以下の内容をご確認いただき、ご記入・ご捺印した同意書を来院時にご持参下さい。ご持参いただけない場合は、施術をお受けいただく事ができません。

施術希望メニューの同意書を必ずお読み下さい。ご同意いただける場合は施術希望メニューに✓マークを記載して下さい。

※下記以外のメニューを受ける場合、ご確認いただく注意事項/説明事項はございません。

【美容点滴・注射】

美容点滴・注射メニュー・GLP-1を受ける方

☐ 注射・点滴療法に関する同意書

下記メニューは追加で注意事項がございますのであわせてご確認下さい。

☐ プラセンタ注射に関する説明・同意書

☐ オゾン点滴(血液クレンジング)に関する説明・同意書

☐ 高濃度ビタミンC点滴に関する説明・同意書

☐ ベビーサイトカインに関する説明・同意書

☐ NMN点滴に関する説明・同意書

☐ エクソソーム点滴療法に関する説明・同意書

【医療脱毛】

☐ 医療脱毛に関する説明・同意書

☐ 笑気麻酔に関する説明・同意書

☐ 外用局所麻酔に関する説明・同意書

【ダイエット】

☐ GLP-1ホルモン注射に関する注意事項/同意書

☐ 韓方ダイエットに関する注意事項・同意書

☐ クールスカルプティングに関する説明・同意書

☐ Redustimに関する説明・同意書

☐ 脂肪溶解注射に関する説明・同意書

【美容皮膚・レーザー治療】

☐ HIFUに関する説明・同意書

☐ ピコレーザーに関する説明・同意書

☐ フォトフェイシャルに関する説明・同意書

☐ ハイドラフェイシャルに関する説明・同意書

☐ エレクトロポレーションに関する説明・同意書

☐ 水光注射に関する説明・同意書

☐ CO2レーザーに関する説明・同意書

☐ ボトックス注射に関する説明・同意書

☐ ヒアルロン酸注射に関する説明・同意書

☐ ヒアルロニダーゼに関する説明・同意書

☐ 乳輪美白治療に関する説明・同意書

☐ トレチノインしみ治療に関する説明・同意書

☐ PFC注入治療に関する説明・同意書

☐ サリチル酸ピーリングに関する説明・同意書

【AGA治療】

☐ MPガンに関する説明・同意書

☐ フィナステリドに関する説明・同意書

☐ ミノキシジルに関する説明・同意書

裏面に続く

本人記載項目

私は、チェックをつけたメニューに関する注意事項/説明以降が記載された書類を読み、充分に理解した上で、貴院で施術を受けることに同意いたします。

診療名　　診療予定日　　年　　月　　日

診療院　にしたんクリニック　※いずれかに○　渋谷院　銀座院　新宿院

記入日　　年　　月　　日

申込者氏名 （18歳未満者）	
ご住所	
生年月日	年　　月　　日（満　　歳）
電話番号	自宅： 携帯：

親権者記載項目

※親権者（法定代理人）ご本人がご記入・捺印下さい。

私は、上記18歳未満者の親権者として、上記注意事項/説明事項に記載された書類を読み充分に理解した上で、貴院で申込者が施術を受けることに同意いたします。

記入日　　年　　月　　日

親権者氏名	印
続柄	
ご住所	
電話番号	自宅： 携帯：

お預かりした個人情報は「にしたんクリニック」の全ての医院で共有いたします。予めご了承下さい。

Nishitan Clinic
にしたんクリニック

医療法人社団直悠会 にしたんクリニック

250402_06