

## 同意書

※20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ください。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。

私(施術を受ける本人)と親権者の両人は、下記に記されたチェックマークを付けた  
注意事項/説明事項書の内容を読み、にしたんクリニックで受診することに同意いたします。

①受診される方は、必ずお読みの上、ご同意いただける場合は✓マークを記載してください。

注射・点滴療法に関する注意事項 / 説明事項

②下記のうち、施術を希望するメニューの注意事項 / 説明事項をお選びの上、必ずお読みください。  
ご同意いただける場合は✓マークを記載してください。

※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。

高濃度ビタミンC点滴に関する注意事項 / 説明事項

プラセンタ注射に関する注意事項 / 説明事項

ダイエット注射(GLP-1)に関する注意事項 / 説明事項

韓方(漢方)生薬ダイエットに関する注意事項 / 説明事項

オゾン点滴(血液クレンジング)に関する注意事項 / 説明事項

《本人 記載項目》

私は、上記のチェックをつけたメニューに関する注意事項 / 説明以降に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

渋谷院

銀座院

※どちらかに○

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	
生年月日	(満 歳)
電話番号	自宅: 携帯:

《親権者 記載項目》

私は、上記未成年者の親権者として、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。

親権者氏名

印

続柄

ご住所

電話番号 自宅:

携帯:

※親権者(法定代理人)ご本人様が、ご記入・ご捺印ください。

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、ご了承ください。

ご不明な点は下記までお問い合わせください。

医療法人社団直悠会 にしたんクリニック

お問合せ ☎ 03-5422-3061 電話受付時間 12:00~19:30 ※祝日除く