

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。

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✓マークを記載して下さい。

- 注射・点滴療法に関する注意事項/説明事項
- 美容皮膚・レーザー治療に関する注意事項/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、必ずお読み下さい。ご同意いただける場合は✓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。

【注射・点滴・ダイエット】

- 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
- NMN点滴に関する注意事項/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
- 韓方(漢方)生薬ダイエットに関する注意事項/説明事項

【美容皮膚・レーザー治療】

- HIFUに関する注意事項/説明事項
- ピコレーザーに関する注意事項/説明事項
- ハイドラフェイシャルに関する注意事項/説明事項
- エレクトロポレーションに関する注意事項/説明事項
- 水光注射に関する注意事項/説明事項
- CO2レーザーに関する注意事項/説明事項
- ボトックス注射に関する注意事項/説明事項
- ヒアルロン酸注射に関する注意事項/説明事項
- 乳輪美白治療に関する注意事項/説明事項
- トレチノインしみ治療に関する注意事項/説明事項
- PFC注入治療に関する注意事項/説明事項
- 脂肪溶解注射に関する注意事項/説明事項
- サリチル酸ピーリングに関する注意事項/説明事項

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/説明以降に記載された書類を読み、十分に理解した上で、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 _____ 渋谷分院 _____ 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十分に理解した上で、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