

未成年施術同意書

私は、以下の内容について十分に理解し、同意の上で、未成年である本人に対し美容施術を受けさせることを承諾します。

本人情報

氏名： _____

生年月日： 年__月__日 (満__歳)

住所： 〒 _____

電話番号： _____

保護者情報

氏名： _____

本人との続柄： _____

住所： 〒 _____

電話番号： _____

同意事項

1. 本人が未成年であることを確認しました。
2. 医師から施術内容、効果、リスク、副作用、ダウンタイム等について十分な説明を受け、理解しました。
3. 施術に伴うリスクや合併症について了承します。
4. 本施術は医療行為であり、結果や効果には個人差があることを理解しています。
5. 術後の経過や予期せぬ変化に対し、必要な処置や通院を行うことに同意します。
6. 費用について説明を受け、了承しました。
7. 本同意書の内容を十分に読み、理解した上で署名・押印します。

署名欄

保護者署名： _____ 印

署名日： _____年__月__日