

未成年者施術同意書

銀座フェイスクリニック

☎ 03-6274-6309

〒104-0061 東京都中央区銀座7-11-6 GINZA ISONOビル4F

私（下記「保護者」）は、下記「未成年者」が、貴院（銀座フェイスクリニック）にて、下記の施術を受けることに同意いたします。

【注意】全ての欄を、必ず「保護者さま」ご本人が記載してください。

記載日	年 月 日
未成年者氏名	
満年齢	
保護者氏名	
未成年者との続柄	
保護者住所	
電話番号	— —
下記 A~E の施術のうち、未成年者が受けることに同意するものを、A~G の記号で右欄に記載して下さい(複数回答可)。 A：脂肪溶解注射・リポファーム B：ボトックス C：ヒアルロン酸 (ヒアルロン酸溶解注射含む) D：各種レーザーの施術 E：小顔 Uki-Ukiリフト F：水光注射 G：美容点滴・プラセンタ	