

保護者同意書

明治通りクリニック 殿

貴院にて下記施術治療を受けるにあたり保護者として承諾し依頼いたします。

依頼のものに○を付けてください

ピアス穴あけ

イントラセル イントラジェン ヒアルロン酸注射 ボトックス注射 プラセンタ注射 ニンニク注射

ホクロ除去(CO₂レーザー) シミ除去(YAGレーザー)

Pフェイシャル Pリボーン レーザートーニング ジェンテクニック プラズマクリア

サリチル酸ピーリング 成長因子ピーリング エッジフラクショナルレーザー

【 その他 : 】

年 月 日

施術治療を受ける患者本人の氏名: _____

保護者署名: _____

続柄: _____

住所: _____

昼間に連絡が取れる電話番号: _____