

# 施術同意書 (18歳以上の未成年者用)

アイメディクリニック 宛

施術内容 脱毛・ピアス・ホクロ除去・ラティース・シミ治療  
その他 ( )

上記の施術を受けるにあたり、未成年である (名前) \_\_\_\_\_ が施術説明を受け  
施術内容を理解し、施術を受けることに未成年の親権者として同意いたします。

効果が不十分な場合も異議は申し立てず、医師の指示のもとに施術を受けることに同意いたします。  
副作用、トラブル発生時は、最大限の治療を行いますので、医師の指示に従ってください。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

(親権者) 氏名 \_\_\_\_\_

⑩

〒857 - 0872

長崎県佐世保市上京町 5-9 (4F) Tel: 0956-22-1667

美容皮膚科 アイメディクリニック

院長 柳沢 明広