

未成年者施術同意書

私は、下記未成年者（患者）が UNI CLINIC において美容医療施術を受けることについて、十分に説明を受け、内容を理解した上で同意いたします。

患者様情報
氏名：_____
生年月日：____年____月____日（満____歳）
住所：_____

施術内容
施術名：_____
施術予定日：____年____月____日

説明内容の確認事項
1. 施術の目的・効果について説明を受け、理解しました。
2. 施術に伴うリスク・副作用・合併症について説明を受け、理解しました。
3. 治療効果には個人差があることを理解しました。
4. 未成年者本人が希望している施術であり、強制によるものではありません。
5. 医師の指示に従い、術後のケア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。

保護者（親権者）情報
※法定代理人ご本人様をご記入、押印していただきますようお願いいたします。
氏名：_____
生年月日：____年____月____日
住所：_____
続柄：_____
連絡先：_____

保護者署名欄
署名：_____ 印：_____
日付：____年____月____日

UNI CLINIC 記入欄
医師名：_____