

# 法定代理人（親権者）による同意書

ブリリアスクリニック新宿院 御中

1. 申込者である \_\_\_\_\_ の法定代理人（親権者）として、申込者が、貴院においてカウンセリング・説明を受けた診察・施術（長期減毛用ダイオードレーザー脱毛）を受けることに同意致します。また、申込者には自己の利益を理解した上で受診の必要性を検討・判断できる能力がありますので、診療・施術の説明や診察・施術の際に法定代理人（親権者）が自己の都合により同伴しない場合であっても、申込者の判断について法定代理人（親権者）が異議を申し立てることはなく、後に診療・施術内容や費用等に対しする異議申立てや契約解除・費用の払戻請求は行いません。

※ 当院では法定代理人（親権者）様には可能な限りカウンセリング・説明及びご契約の際にご同席をお願いしております。

2. 施術に関して、申込者に医学的に必要な処置が生じたとき法定代理人（親権者）として判断した場合には、速やかに貴院に連絡し貴院の指示に従います。

3. カウンセリング・説明や施術内容に関しては、申込者本人と情報の共有に努め、基本的には電話・電子メール・FAXなどによる連絡や追加説明等の要求を貴院には致しません。

記入日： 年 月 日

(法定代理人/親権者)

住 所：

電話番号：

氏 名： 印 続柄（ ）

※ 氏名は必ず法定代理人/親権者ご本人が自署又は押印してください。

(申込者)

住 所：

電話番号：

氏 名： 印 生年月日： 年 月 日生

※ 氏名は必ず申込者ご本人が自署又は押印してください。