

## 同意書

カルミア美肌クリニック 宛

私 \_\_\_\_\_ は \_\_\_\_\_ の親権者として、  
本人が、施術に対するリスクや費用に対して十分に理解し、判断できると認め、カルミア美肌クリニックとの  
契約を結ぶことに同意します。

契約者氏名(甲) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日

親権者 \_\_\_\_\_ 印

(続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※親権者ご本人様にてご署名・ご捺印をお願いいたします。

お問い合わせ先

医療法人社団 游心会

カルミア美肌クリニック

☎0120-162-000

受付時間

[月・木・金・土・日] 10:00~18:00

[水] 13:00~21:00