

未成年治療承諾書

私は「
南青山スキンケアクリニックにて
」（施術を受けられる患者様名）が
「
」（施術名）を行うことを承諾します。

必ず毎回同伴し、治療内容の説明を受けます。
都合により同伴できない場合には、本人の意向により行った治療について
後に治療内容や費用等に関して、不平不満等を電話・FAX・電子メール等による
連絡、説明の要求等も行いません。

既に行った治療費の払い戻し等も一切請求致しません。

以上を同意の上、署名致します。

平成 年 月 日

保護者名 _____ 印

住所

電話番号

南青山スキンケアクリニック

〒107-0062

東京都港区南青山5-14-7

アヴァン南青山B1F

電話 03-5464-1732