

未成年者施術同意書（親権者不在時用）

※本同意書は親権者ご本人がすべて自署し、未成年者に持参させてください。

私は下記未成年者の親権者（法定代理人）として、下記内容を確認のうえ、未成年者本人のみで貴院においてピアスの穴あけを受けることを承諾します。

■ 未成年者本人

氏名：_____

生年月日：西暦_____年_____月_____日（_____歳）

■ 施術内容 ※チェックと個数をご記入ください

施術名：ピアスの穴あけ

施術部位：☐ 耳たぶ ☐ 軟骨 施術個数：_____個

■ 親権者の確認事項

1. 私は当日施術に同席できないことを了承し、未成年者本人のみで施術を受けることを承諾します。
2. 施術内容、リスク、注意事項については未成年者本人から事前に説明を受けていることを確認しています。
3. 当日は施術前に親権者へ電話による施術実施の最終意思確認が行われ、必要な質問を行う機会があることを理解しています。
4. 電話連絡は施術実施の確認を目的とするものであり、改めて詳細な説明が行われない場合があることを了承します。
5. 電話連絡が取れない場合は施術が行われないことについて了承します。
6. 施術に関連する緊急時には、下記連絡先へ連絡されることに同意します。

■ 親権者（法定代理人）

氏名（自署）：_____

未成年者との続柄：☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（_____）

住所：〒_____ - _____

電話番号（当日連絡先・緊急連絡先）：_____

同意日：西暦_____年_____月_____日

【スタッフ記入欄】

- ☐ 親権者の身分証明書の写しの提出を受け、確認しました
- ☐ 未成年者本人の身分証明書の提示を受け、確認しました
- ☐ 施術前に親権者へ電話連絡を行い、施術実施について同意の確認を行いました

確認日時： 年 月 日 時 分

確認者 ：

CHINOWA CLINIC（シノワクリニック）

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前6丁目16-18

サンドー原宿ビル2階

電話：03-6712-5967 営業時間：10:00-19:00