

# 同 意 書

BE ONE CLINIC 御中

- 私は上記の申込者が、BE ONE CLINIC で診察および施術を受けることに同意します。
- 施術内容やリスク等について、申込者に対する説明を確認し、十分に理解・納得した上で同意します。
- 未成年者である申込者の健康状態や過去の既往歴、アレルギー等について、正確に申告することに同意します。
- 診療記録の管理や法令上の義務に基づき、必要に応じて親権者へ連絡が行われる可能性があることを理解しています

施術名

申込者（未成年）、記入欄

氏名	
生年月日	年　月　日　年齢　歳
住所	
電話番号	
記入日	

【親権者（法定代理人）記入欄】

氏名	
生年月日	
申込者との関係	
住所	
電話番号	
記入日	

未成年者の施術にあたっては、保護者の方の同意および同伴が必要となります。

ご来院の際に、保護者の方に本書へご記入・ご署名をお願いいたします。