

未成年同意書

カウンセリングについて

- ・ 当院では、医師が美容施術の内容・副作用の可能性・料金・適応について丁寧に説明いたします。
- ・ 説明内容を十分に理解していただいたうえで、必要に応じて後日の施術予約が可能となります。
(その場合再度、同意書を願います事となります。)

18 歳未満の未成年の方について

- ・ 18 歳未満の方は、保護者の同意が得られない場合、カウンセリングおよび美容施術、その他自費診療のご予約、ならびに実施を承ることができません。
- ・ 当院では、「未成年同意書」への **保護者の直筆記名・押印を必須** としています。
- ・ 初診時に保護者の同席がない場合、お電話にて保護者ご本人の確認をさせていただく場合がございます。
- ・ 保護者に該当する方が 日本語での説明を理解できない場合（日本語以外の言語でないと理解できない場合）には、契約はできません。
- ・ 身分証明証（マイナンバーカード・資格確認証）をご提示ください。

☐ 医療法人社団 生仁会 福井内科医院にて、自費診療(美容施術・栄養療法・点滴療法・プラズマメッドベッド)などに関する初診カウンセリング処置あるいは診療を受けることについて、下記内容を理解し、同意いたします。

☐ 上記、内容を理解しました。

年 月 日

患者氏名 ()

保護者氏名 ()

(※以下、保護者の方が必ず自筆で署名してください。)

保護者氏名 () 押印：()

ご住所 ()

緊急連絡先 ()

医療機関名称：(医) 生仁会 福井内科医院 美容皮膚科

同意書説明・施術担当医師：福井美典