

未成年者施術同意書

宝塚パリスクリニック 院長殿

(申込者) _____ が (施術名) _____ の
施術を受けることに同意致します。また、診療内容に応じて写真撮影を行なうことに同意致します。
想定外の経過・治療追加が生じた場合は貴院の方針に協力することに同意し、自己判断で治療変更によ
って生じた結果について貴院に一切の異議を申し立て、診療契約を取り消すことは致しません。
コース治療については返金不可であり、医師の判断で治療中止となった場合には返金対象になること
について同意致します。

以上の内容を十分に理解し、診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

同意日 年 月 日

同意署名 (保護者名) _____