

未成年者用

## 手術同意書

記入日 年 月 日

Olino 美容外科・美容皮膚科宛

\_\_\_\_\_  
(親権者氏名) は、

\_\_\_\_\_  
(施術申込者氏名) の、

\_\_\_\_\_  
(施術名) を受けるにあたり、親権者（法定代理人）として同意いたします。つきましては、施術をされたことに  
対し一切の異議申し立てはいたしません。

親権者氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_

親権者ご住所 〒 \_\_\_\_\_

親権者ご連絡先（電話番号） \_\_\_\_\_

### 注意事項

同意書は全て親権者ご本人の直筆でご記入ください。

同意書確認後、お電話にて親権者様に確認の電話をさせていただきます。

確認が取れなかった場合は施術ができかねることをあらかじめご了承ください。