

施術承諾書

私、 _____ (保護者) は、
患者、 _____ (続柄： _____) が

ブリスクリニックで施術を受けることを、

保護者として承諾致します。

施術内容（あてはまるものを○で囲む）：

- ① 本人が希望する診療内容を全て承諾
- ② 診療内容を限定して承諾する（その場合は項目を○で囲む）：

ピラス ・ 点滴 ・ 脱毛 ・ IPL ・ ほくろ除去 ・ ニキビ治療

ボトックス注射 ・ ヒアルロン酸注入 ・ 手術 ・ 薬の購入

その他の施術（ _____ ）

令和 年 月 日

保護者 _____ 印

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

ブリスクリニック 院長 殿