

# 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（ \_\_\_\_\_ ）

平成 \_\_\_\_\_ 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