

## 親権同意書

当院では未成年者が施術を受ける場合は保護者同伴でのカウンセリング問診を行っております。施術を受けるにあたってはお客様とお客様の保護者様、両者の同意がないと施術を行うことができません。

また、思春期のお客様における施術では以下のことを了承していただきたい所存です。

- ・細胞分裂や成長が盛んなため、リバウンドや元の状態に戻りやすい。  
(医療痩身&二重埋没)
- ・第二次性徴期前の脱毛では脱毛完了後、再度元のように生えてくる可能性が比較的高い。  
(医療脱毛)
- ・近視が年齢と共に進行する可能性 (ICL)
- ・痛みへの敏感
- ・美容施術によるいじめの可能性

---

シャトークリニック 御中

私は、下記の未成年契約者の保護者であり、項目の施術を行うことを同意する。

日 付                      年                      月                      日

未成年契約者 \_\_\_\_\_

保護者氏名              \*自署    続柄 (                      )

希望施術名 \_\_\_\_\_

当院説明者 \_\_\_\_\_