

## 未成年者契約同意書

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。弊社では、未成年のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及び脱毛を受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾を頂いております。

カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合、下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、弊社に必ずご持参するようお願いいたします。（ご持参なき場合、コース提供ができません）。

できる限り、親権者様にはカウンセリング時、ご同席頂けますようお願いいたします。

カウンセリング時にご説明させて頂くトリートメント同意書にも記載されておりますが、未成年者の脱毛においては、成長ホルモンが安定していない事により、脱毛効果が維持出来ない可能性があります。その為お客様の事情により、施術を行ってからの返金の申し立てはお断りさせて頂いております。予めご了承くださいませ。

メディカルスキンCLクリニック 御中

ご契約者様お名前

氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

御契約者様生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として上記の未成年者がメディカルスキンCLクリニックで脱毛施術を受ける事を承諾致します。

氏名 \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_ 続柄( \_\_\_\_\_ )

住所

(〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

クリニック使用欄			
受領日	年	月	日