

## 親権者同意書

私は、契約の申し込みにあたって、申込者の法定代理人として貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

記

## 治療内容【 医療脱毛 】

※脱毛治療にはやけど等のリスクの可能性があります。当院では考えられるリスクに対して万全な対応と配慮を行っておりますが、万が一のトラブルにつきましては適切にご対応いたします。

## 未成年者契約承諾書

## 【申込者様 記入欄】

申込者様氏名 (カナ) \_\_\_\_\_ (漢字) \_\_\_\_\_ 【自署】

申込者様生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 才)

記入日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、上記の未成年者がミラクリニックと契約を締結すること、及び同治療を受けることを承諾いたします。

## 【親権者様(法定代理人)記入欄】

氏名 \_\_\_\_\_ 印 【自署】 続柄 ( )

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

※ご確認のため、ご連絡させていただく場合があります。

申込者は、貴院との診療契約(脱毛治療)にあたり治療代金の支払いを貴院と提携契約しているクレジット会社を  
( 利用します・ 利用しません)

私(上記法定代理人)は、申込者と貴院との治療契約(脱毛治療)にあたり、申込者が貴院と提携契約しておりクレジット会社を利用(申し込み及び契約)することに  
( 同意します・ 同意しません)