

親権者様各位

MILACLINIC

未成年者様の契約行為等に関する親権者様のご承諾について

平素より格別のご愛顧を頂き誠にありがとうございます。
弊社では、ご息女様の脱毛を安心してお任せ頂けるように、親権者様には契約内容をご理解の上、ご承諾頂けた場合に限り、ご契約を締結させて頂くよう徹底しております。
大切なご息女様のお身体に関する事ですので、ご不安な点が御座いましたら、いつでもご遠慮なく担当カウンセラーへご相談下さい。
人生に一度きりの10代という輝かしい時間を、私共の脱毛技術によって応援させて頂く事が出来ましたら、なにより幸いに存じます。

未成年者契約承諾書

ミラクリニック 院長 殿

ご契約者様 記入欄

(カナ)

ご契約者様氏名 (漢字)

【自署】

ご契約者様生年月日 年 月 日 (歳)

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、上記未成年者とミラクリニックが、美容医療契約を締結する事を承諾します。

親権者様（法定代理人）記入欄

氏名 印【自署】 続柄 ()

住所 〒

電話番号

【クリニック使用欄】

受領日 年 月 日 担当: _____

【クリニック側 親権者様へのご説明項目】 ※ご説明後チェック必須

- | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 契約書面番号【 | 】 | <input type="checkbox"/> 分割回数 |
| <input type="checkbox"/> コース名 | | <input type="checkbox"/> 分割支払総額 |
| <input type="checkbox"/> 役務期間 | | <input type="checkbox"/> 月々支払金額 |
| <input type="checkbox"/> 金額 | | |