

アリシアクリニック院長 殿

親権者同意書

私は、契約の申込にあたって、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

女性脱毛

(※ 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配慮し治療をおこなっておりますが、万一の肌トラブルにつきましては適切にご対応いたします。)

●契約申込者

| | | | | |
|------|--------|----|------|---|
| 申込者 | | | | 印 |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 年齢 | 歳 | |
| 住所 | 〒 □ | | | |
| 電話番号 | | | 携帯番号 | |

●同意者

| | | | | | |
|----------------|--------|----|------|----|--|
| 法定代理人 (親権者) | | | 印 | 続柄 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 年齢 | 歳 | | |
| 住所 | 〒 □ | | | | |
| 電話番号 | | | 携帯番号 | | |

※ ご確認の為、ご連絡させて頂く場合があります。

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、申込者と貴院との診療契約（脱毛治療）にあたり、申込者が貴院と提携契約しているクレジット会社を利用（申込及び契約）することに、(同意します。 ・ 同意しません。)