

親権者同意書

アステリアクリニック 御中

私は、契約の申込にあたって、申込者の親権者（法定代理人として、他に共同親権者がいる場合は、私が共同親権者の代表として）契約者が貴院において下記美容医療の施術、治療を受けるにあたり、契約を終結することについて同意します。

記

施術・治療内容	レーザー脱毛	レーザーフェイシャル LF	ピーリング
---------	--------	------------------	-------

レーザー脱毛・LF治療は、火傷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。

記入年月日	年 月 日		
契約申込者			印
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 -		
連 絡 先	- -		
申込者は、貴院との診療契約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、 (<input type="checkbox"/> 利用します <input type="checkbox"/> 利用しません)			

記入年月日	年 月 日		
親権者（法定代理人）		印	続 柄
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 -		
連 絡 先	- -		
私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約にあたり、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（ <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません）			

※ご確認のため、ご連絡させていただく場合があります。

※親権者様ご本人が署名・捺印してください。

※同意書に不備がある場合は、カウンセリングを受けられませんのでご注意ください。

※ご記入いただいた個人情報は、ご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用いたしません。