

親権者様の同意について

親権者様各位

当クリニックでは、未成年のお客様との契約にあたり、ご本人様の体質や持病、疾患、治療履歴その他施術を受ける障害となる事由の有無及び程度について十分なヒアリングを行うとともに、親権者様の同意を頂戴しております。

また、未成年のお客様が20歳未満の場合、ご来店ごとに親権者様(法定代理人)のご同伴をお願いしております。未成年のお客様のみで来店された場合に起きた問題に関しては、当クリニックでは一切責任を負いかねますのでご了承くださいませ。

未成年者契約承諾書

ご契約者様 (フリガナ)
氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生(満 歳)

親権者様

私は、上記契約者の親権者として、貴院において上記契約者が施術を受けることを承諾致します。

氏名: _____ (印)

続柄 _____

住所: _____

連絡先: _____

CLINIC9