

親権者様各位

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。

当院では、未成年の患者様が親権者様のご同席なくカウンセリング及び美容医療サービスをご契約いただく場合、本承諾書にて親権者様（墓に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者とします）のご承諾をいただいております。

親権者様のご署名・ご捺印の上、カウンセリング時に必ずご持参いただきますようお願い致します。お忘れになると、カウンセリングを受けられませんのでご注意ください。

※以下の全ての項目について、親権者様ご本人でご記入をお願い致します

ラ・ブージュデンタルクリニック 未成年者契約同意書

ラ・ブージュデンタルクリニック 御中

ご契約者様の氏名 氏名 _____

ご契約者様の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表）として、契約者が当院において美容医療サービス（ _____ ）の契約と施術を受けることに同意します。

※代金の支払いに親権者の口座を使用する場合は、親権者名義の預金口座から振替されることに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名 氏名 _____ (続柄： _____) ㊞

親権者住所 _____

親権者電話番号 _____

※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とき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をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません