

未成年者同意書

浅草橋三丁目クリニック御中

記入日 年 月 日

申込者 (19 歳以下の方) 氏名 _____

生年月日 _____

私は、未成年者の親権者（または法定代理人）として、以下の事項に同意します。

- 貴院でのカウンセリングまたは施術の内容および利用規約に同意し、未成年者がそれに従うこと。
- カウンセリングまたは施術に関して発生する責任を親権者として負うこと。

親権者 氏名 (続柄) _____

電話番号 _____

住所 _____



【カウンセリング・施術予定日時】

年 月 日 (:)

【カウンセリング内容・施術内容】

- ・親権者（法定代理人）様がすべての欄を直筆でご記入、ご捺印ください。
- ・カウンセリングまたは施術に際し、確認のため親権者（法定代理人）様にご連絡をする場合がございます。
日中ご連絡のつく電話番号をご記入ください。
- ・親権者（法定代理人）様の署名があっても、予定日時の記入、施術内容の記入、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、カウンセリングまたは施術はお受けできません。
- ・18 歳未満の方及び 18 歳で学生の方はカウンセリング、施術にかかわらず必ず親権者（法定代理人）様の同伴が必要です。
- ・申込者様と親権者（法定代理人）様の苗字が違う場合は、関係が確認できる戸籍謄本等をご持参ください。