

当院では16歳、17歳の未成年の患者様がカウンセリング及び契約される場合、親権者様(法定代理人)のご同席をいただいております。また、当院では若年層の患者様とご家族様へ安心してご利用いただけるように、18歳、19歳の高校生・高専生の患者様にも、ご契約者様のご家族様へご同意をいただいております。カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、下記項目をご記入いただき、親権者様またはご家族様(基本的に父・母)のご署名・ご捺印をお願いいたします。ご契約者様に本同意書をお渡しいただき、ご来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

じぶんクリニック院長 殿

西暦 年 月 日

## 医療脱毛契約に関する同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の代理人として、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、やけど等のリスクを伴います。当院では考えられるリスクを考慮し治療をおこなっておりますが、万一肌トラブルが起きた際は適切に対応いたします。)

### ●契約申込者

申込者				④		
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -					

### ●同意者 契約申込者との関係 親権者様(法定代理人) ご家族様(父母) その他(契約者との関係: )

ふりがな 代理人	-----			④	続柄	
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -					
電話番号			携帯番号			

※ ご確認のため、ご連絡する場合があります。

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医療ローンを、(利用します。・ 利用しません。)

私(上記代理人)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医療ローンを利用(申込及び契約)することに、(同意します。・ 同意しません。)

当院では16歳、17歳の未成年の患者様がカウンセリング及び契約される場合、親権者様(法定代理人)のご同席をいただいております。また、当院では若年層の患者様とご家族様へ安心してご利用いただけるように、18歳、19歳の高校生・高専生の患者様にも、ご契約者様のご家族様へご同意をいただいております。カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、下記項目をご記入いただき、親権者様またはご家族様(基本的に父・母)のご署名・ご捺印をお願いいたします。ご契約者様に本同意書をお渡しいただき、ご来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

じぶんクリニック院長 殿

西暦 20××年 4月 1日

## 医療脱毛契約に関する同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の代理人として、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、やけど等のリスクを伴います。当院では考えられるリスクを考慮し治療をおこなっておりますが、万一肌トラブルが起きた際は適切に対応いたします。)

## ●契約申込者

捺印が必要です

申込者	自分 花美	
生年月日	西暦 20××年 7月 28日生	年齢 17歳
住所	〒123-4567 東京都港区六本木0-0-0	

同意者がいずれかにチェック✓

## ●同意者

契約申込者との関係 親権者様(法定代理人) ご家族様(父母) その他(契約者との関係: )

ふりがな 代理人	じぶん はなこ 自分 花子		続柄	母
生年月日	西暦 19××年 5月 28日生	年齢	47歳	
住所	〒123-4567 東京都港区六本木0-0-0			
電話番号	03-123-4567	携帯番号	090-9876-5432	

※ ご確認のため、ご連絡する場合があります。

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医療ローンを、利用します。・利用しません。

契約申込者がいずれかにチェック✓

私(上記代理人)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医療ローンを利用(申込及び契約)することに、同意します。・同意しません。

同意者がいずれかにチェック✓