

親権者様各位

この度は、当クリニックをお選びいただき誠にありがとうございます。
当院では、未成年(18歳未満)のお客様が親権者様のご同席が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、本書にて親権者様(法定代理人)のご承諾を頂いております。
以下すべての項目に親権者様をご記入しご署名・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いたします。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。

LiLAスキンクリニック中目黒 宛

西暦 年 月 日

未成年者契約同意書

私は契約の申込みにあたって、申込者の代理人として貴院で下記の治療を受けるにあたり、契約を締結することについて同意します。

記

【契約申込者】

氏名

生年月日 年 月 日

住所

【親権者(法定代理人)】

氏名

(続柄) 生年月日 年 月 日

住所

電話番号

※電話にてご連絡することがあります

L i L A

LiLA Skin Clinic Nakameguro