

親権者様各位

## 親権者様の同意書について

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。弊社では、未成年のお客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を受けられる場合、下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、弊社に必ずご持参するようお願いいたします。（ご持参なき場合、コース提供ができません）

### 【コース提供に際してのご注意】

下記に該当される場合は、コースをお受けいただけません。事前にご確認をお願い致します。

① レーザー波長へのアレルギー②てんかんの既往歴がある③妊娠中④悪性腫瘍がある

※その他、お客様の体質・体調によりコース提供できない場合がございます。

## 未成年者契約承諾書

Blu CLINIC. 御中

ご契約日 20 年 月 日

店舗 \_\_\_\_\_

ご契約者様お名前 氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

ご契約者様生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)

私は、上記未成年者の親権者（法廷代理人）として上記の未成年者がBlu CLINIC.において美容医療を受けることを承諾します。

記入日20 年 月 日

親権者様（法廷代理人）の住所・氏名

氏名 \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ ) (印) 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

【医院使用欄】

受領日: 受領NO: 担当者: