

年 月 日

イデア美容皮膚科クリニック院長 殿

## 親権者同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴院で下記施術（美容医療）提供契約およびこれに付随するサービスに関する契約を締結することについて法定代理人親権者として同意いたします。

希望する治療	
--------	--

契約者は貴院との美容医療提供契約にあたり、下記の代金の支払い方法を利用します。

（ 現金支払い ・ クレジットカード ・ 貴院提携のクレジット会社 ）

※18歳未満（高校生不可）または同意のない場合はクレジット会社は利用いただけません。

### ●契約者記入欄

契約者氏名（印）	印
生年月日（年齢）	年 月 日 （満 歳）
ご住所	
電話番号	

### ●親権者記入欄

お申込者との関係	
親権者氏名（印）	印
生年月日（年齢）	年 月 日 （満 歳）
ご住所	※異なる場合のみご記入ください。
電話番号	

※確認のため当院から親権者様にご連絡させていただきます。

確認が取れない場合施術を行えない場合がございますのでご了承ください。

※契約者が16歳未満の場合は親権者様の同席も必要になります。

### ●親権者特筆事項

・私(上記親権者)は申込者と貴院との美容医療提供契約にあたり

申込者が貴院との提携契約しているクレジット会社を利用することに

同意します。

同意しません。

※18歳未満（高校生不可）または同意のない場合はクレジット会社は利用いただけません。

・そのほか特記事項がありましたら下記にご記入ください。特になければ記入の必要はありません。

--