

未成年医療レーザー脱毛治療契約同意書

コスメディカルクリニック シンシア 殿

治療（施術）予定年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療（施術）名称： 医療レーザー脱毛

治療（施術）代金： _____

治療（施術）代金支払期限： _____

申込者（未成年者）氏名	
住所	
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)
電話番号（携帯 / 自宅）	

【未成年者特記事項】

- ご本人、親権者（法定代理人）が脱毛に関してのメカニズムを理解し、注意事項（特に施術前後の日焼けは禁忌）を守ることができる方に限ります。
- 治療を安全に1人で受けることができる（安静にできる、痛みなどの自己申告ができる等）方に限ります。
- 未成年は身体の発達段階になるため、毛が一度なくなっても成長とともにまた生えてくる可能性があります。

毛が細く、レーザーに反応しにくいことがあります。（回数がかかります）

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、特記事項を確認の上、上記未成年者が貴院での上記治療（施術）を記載の金額で受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

住所 _____

連絡先(携帯) _____ (自宅)

親権者氏名 _____ ⑩

住所 _____

連絡先(携帯) _____ (自宅)

親権者氏名 _____ ⑩

※ 共同親権の場合、父母共にご記入ください。