親権者様各位
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サービスをご契約いただく場合、本承諾書にて親権者様（他に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者とします）のご承諾をいただいております。
親権者様のご署名・ご捺印の上、カウンセリング時に必ずご持参頂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。

※親権者様以外の方がご署名された場合、後日問題等が発生したとしても当院は一切の責任を負いかねます。その際は、親権者様とご署名者様との間でご解決いただきますよう、あらかじめご理解とご了承のほどお願い申し上げます。

エミナルクリニック 未成年者契約同意書

エミナルクリニック　御中

ご契約者様の氏名　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご契約者様の生年月日　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日（＿＿＿歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）として、契約者が当院において美容医療サービスの契約と施術を受けることに同意します。
※代金の支払いに親権者の口座を使用する場合は、親権者名義の預金口座から振替されることに同意します。

20＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

親権者氏名　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：＿＿＿＿）㊞

親権者住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※親権者様ご本人が署名・捺印してください
※福岡コールセンター（092-791-1327）またはご利用院より記入内容確認のお電話をする場合があります
※同意書に不備があるときはカウンセリングを受けられませんのでご注意ください
※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません

――――――中学生・高校生の親権者様へ――――――

※ご契約後、別紙にて親権者様に内容確認の署名をいただきます　ご協力のほど宜しくお願い致します