

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。

この度はカウンセリングにご来院、ご契約いただき有難うございました。

ご契約内容にご承諾いただければ、契約を履行させていただきます。

初めての施術の際に、この書類をご提出ください。

ご質問や契約解除をご希望の際は、0120-775-330（コールセンター 11:00～20:00）までご連絡ください。

ご入金がある場合は全額返金、分割払い等の申込みキャンセルをさせていただきますのでご安心くださいませ。

お手数をおかけいたしますが、ご確認のほど宜しくお願い申し上げます。

スキミークリニック 営業本部

## 医療美容サービス（脱毛・美容施術）契約内容承諾書

### 【ご契約内容】

ご契約者様の氏名 氏名 \_\_\_\_\_

ご契約日・医院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 院

ご承諾頂けるプランにをお願い致します。

- |  |                                      |                                       |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医療脱毛          | <input type="checkbox"/> ハイドロピーリング   | <input type="checkbox"/> 脂肪冷却         |
| <input type="checkbox"/> ダーマペン(18歳以上～) | <input type="checkbox"/> ハイフ(18歳以上～) | <input type="checkbox"/> 美容点滴(18歳以上～) |

スキミークリニック 営業本部 御中

私は、上記契約者の親権者として(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、契約者がスキミークリニックにおいて美容医療サービスの契約と施術を受けること、

また「我慢できない痛み」がある場合、本人の申し出により局所麻酔剤のクリーム(有料)で処方されることを承諾します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親御さま氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) 印

親御さま住所 \_\_\_\_\_

親御さま電話番号 \_\_\_\_\_

※親御さまご本人が署名・捺印してください(内容確認のお電話をする場合がございます 0120-775-330)

※承諾書に不備があるときは施術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承諾確認のみに使用し、他の目的には使用しません

20230525