

当院では未成年の患者様がカウンセリング及び契約される場合、親権者様（法定代理人）のご出席をいただいております。また、当院では若年層の患者様とご家族様へ安心してご利用いただけるように、18歳・19歳の高校生・高専生の患者様にも、ご契約者様のご家族様へご同意いただいております。カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、下記項目をご記入いただき、親権者様またはご家族様（基本的に父・母）のご署名・ご捺印をお願いいたします。ご契約者様に本同意書をお渡しいただき、ご来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

2024年 7月 1日

アリシアクリニック院長 殿

美容医療契約に関する同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の法定代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

記

治療内容

※契約する治療コース（例：脱毛）

（※当院では考えられるリスクに対し配慮し治療をおこなっておりますが、万一の肌トラブルにつきましても適切にご対応いたします。）

●契約申込者

申込者	アリシア 花子			アリシア	
生年月日	2007年	1月	1日生	年齢	17歳
住所	〒104 - 0061 東京都中央区銀座6-13-16 ヒューリック銀座ウォールビル3F				

●同意者 契約者申込者との関係 親権者様（法定代理人） ご家族様（父母） その他（契約者との関係：）

ふりがな	ありしあ たろう	アリシア	続柄	父	
代理人	アリシア 太郎	アリシア			
生年月日	1977年	2月	2日生	年齢	47歳
住所	〒104 - 0061 東京都中央区銀座6-13-16 ヒューリック銀座ウォールビル3F				
電話番号	03-0000-0000	携帯番号	090-△△△△-△△△△		

※ ご確認の為、ご連絡する場合があります。

申込者は、貴院との診療契約にあたり治療代金の支払を貴院と提携契約している医療ローンを利用（利用します。 利用しません。）

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約にあたり、申込者が貴院と提携契約している医療ローンを利用（申込及び契約）することに、同意します。 同意しません。）