

親権者同意書

年 月 日

刈谷駅あさのクリニック 御中

私は、申込者の法定代理人（親権者）として、下記の内容を十分理解した上で同意いたします。

1. 契約および施術の同意

申込者が貴院において下記施術を受けること、およびそれに伴う契約を締結することに同意します。

2. 施術内容

施術内容：医療脱毛

3. リスクについて

医療脱毛には以下のリスクがあることを理解しています。

- ・熱傷（やけど）
- ・赤み、腫れ、色素沈着
- ・毛嚢炎（毛穴の炎症）
- ・硬毛化・増毛化
- ・一時的または永続的な皮膚トラブル

また、これらのリスクについて申込者本人に対して説明が行われていることを確認します。

4. 自由意思による同意

本同意は強制ではなく、親権者および申込者の自由意思に基づくものであることを確認します。

5. 連絡確認について

必要に応じて、貴院より親権者へ電話等による確認連絡が行われる場合があることに同意します。

6. 同意の有効性

本同意書の記載内容に虚偽があった場合、または親権者の同意が無効であった場合に生じた不利益について、当院が責任を負いかねる場合があることを了承します。

（申込者）

氏名： 印

生年月日： 年 月 日（ 歳）

住所：〒

電話番号：

（親権者／法定代理人）

氏名： 印 続柄（ ）

生年月日： 年 月 日（ 歳）

住所：〒

電話番号：

※親権者ご本人が自署・押印してください。