

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。

当院では、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等をご契約いただく場合、本承諾書にて親権者様（ほか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。

親権者様ご署名の上、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、カウンセリングをお受けいただけませんのでご注意ください。

※以下のすべての項目について、親権者様・ご契約者様ご本人でご記入をお願いいたします。

カノアクリニック  
〈未成年者契約同意書〉

カノアクリニック 御中

私は、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、契約者が貴院の施術を受けることに同意します。

また、契約者が貴院のグループ店舗（<https://www.kannoa.clinic/clinic/>）において、貴院で行う施術と同内容の施術を受けることについても同意します。

施術中に照射できない部分（日焼け・肌荒れなど）や硬毛化が判明した場合にどう対応するか、あるいは剃毛代などの追加料金がかかる場合など、その場で親権者の同意が必要な場合に備え、施術当日は契約者と一緒に来院し、施術中クリニック内にて待機することに同意します。

やむを得ず、契約者のみ来院した場合、下記項目にすべて同意します。

- 剃毛代・麻酔代・追加ショット等の追加料金の支払い
- 施術が出来ない部分（日焼け・肌荒れ・硬毛化など）の消化
- 硬毛化した場合の対応

※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。

(契約者様ご本人記入欄)

ご契約者様 氏名 \_\_\_\_\_

ご契約者様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

(親権者様ご本人記入欄)

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

親権者様 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) ㊞

親権者様 住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

親権者様 電話番号 \_\_\_\_\_

※ご契約時に同伴されない場合、親権者様にお電話にて確認致しますのでご連絡がつくお電話番号をご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用いたしません。