未成年者用

記入日　　年　　月　　日

# 親権者同意書

＜医療レーザー脱毛の方＞

1. 医療レーザー脱毛には、火傷・蕁麻疹・毛嚢炎・硬毛化といったリスクがございます。
2. 当院では考えられるリスクに対して細心の注意と安全に配慮をして対策・治療・施術を行なっております。施術可否や機械の設定等については、治療時の患者様の状態に応じて当院医師・看護師が判断いたします。
3. 万一の肌トラブルにつきましては適切に対応させていただきますが、肌トラブルは状態によって治療の限界がございますことを予めご了承下さい。なお、日焼けや治療部を強くこする等、医師からの指示や術後のケアを怠ったことによる不利益については責任を負いかねます。
4. コース契約後、クーリングオフ期間内に医療レーザー脱毛説明書・同意書、治療費用を必ずご確認ください。

＜その他美容施術の方＞

その他の治療の場合にも、リスク・副作用が生じることがございます。公式ホームページをよくご確認の上でご署名をお願いいたします。

施術予定日　　年　　月　　日

施 術 代 金( 税 込 )　　円までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記同意された施術代金を超えてしまった場合は当日の施術はお受けいたしかねます。

| | |
|---|---|
| 申 込 者 氏 名<br>( 未 成 年 者 ) | |
| ご 住 所 | 〒 |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 電 話 番 号 | 自宅:<br>携帯: |

※私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の施術を記載の金額で受ける事に同意いたします。

| | |
|---|---|
| 親権者氏名①　　印 | 親権者氏名②　　印 |
| 続　柄 | 続　柄 |
| ご 住 所　〒 | ご 住 所　〒 |
| 電 話 番 号　自宅:<br>携帯: | 電 話 番 号　自宅:<br>携帯: |

※親権者(法定代理人)ご本人様が、署名・捺印をしてください。親権者が 2 名いる場合は、2 名ともご記入下さい。

ご契約先の院を選択してください

□レナトゥスクリニック
東京田町院
東京都港区芝 5-27-13
YA 三田ビル 4 階
03-6275-1879

□レナトゥスクリニック
仙台院
宮城県仙台市宮城野区榴岡 2-5-5
高惣木エビル 5 階
022-290-9528

□レナトゥスクリニック提携
あい ART クリニック
富山県高岡市下伏間江 572 番
0766-27-331

□レナトゥスクリニック
新宿院
東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-32-6
グリーンスクエア新宿 1 階
03-6625-0957

□レナトゥスクリニック
大阪院
大阪府大阪市北区茶屋町 15-9
XROSS chayamachi S-2 1 階
06-6733-3883

□レナトゥスクリニック
名古屋院
愛知県名古屋市中村区名駅
4-8-26 エニシオ名駅 5 階

| スタッフ記入欄 |
|---|
| ◆電話確認担当者 |
| ◆電話確認の取れた番号<br>□自宅　□携帯電話 |
| ◆電話確認の取れた日付<br>年　　月　　日 |