

親権者様各位

当医院は未成年者のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びホワイトニングの施術を受けていただく場合、本同意書にて親権者様のご承諾を頂いています。

親権者様のご署名・ご捺印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致します。

未成年者のホワイトニング施術同意書

Snowble -大阪南森町歯科- 御中

私は下記契約者（未成年者）が貴社とのホワイトニング契約及びこれに付随するサービスに関する契約を締結するにあたり、民法第5条1項により親権者（法定代理人）として同意致します。

● 親権者（法定代理人）

未成年者続柄（ ）

親権者 氏名： _____ 印

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住 所：〒 _____

連絡先： _____

記

● 契約者（未成年）

契約者氏名： _____

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住 所：〒 _____

連絡先： _____

◎親権者（法定代理人）

※特記事項があれば下記いずれかにチェックし、ご記入ください。特に無ければ記入の必要はありません。

私（親権者）は、オフィスホワイトニングに限り、契約の同意をします。

私（親権者）は、ホワイトニングコース及びホームケア商品等 合計 _____ 円までの契約に限り同意します。

※本書の記入については、全ての項目を親権者（法定代理人）様にご記入ください。

※本書のご持参がない場合は、契約及び施術をお断りさせていただきます。

以上