

親権者様各位

未成年者様の契約行為等に関する親権者様のご承諾について

平素より格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。

弊社では、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機器をご利用される場合、下記のご承諾をいただいております。

大変恐れ入りますが、カウンセリング時に親権者様のご同席が難しい場合、承諾書の「親権者様(法定代理人)記入欄」にご署名、ご捺印の上で契約主体となる未成年のお客様にお渡し頂き、弊社に必ずご持参いただきますようお願い申し上げます。(ご持参なき場合、契約の締結は致しかねますのでご了承くださいませ)

【4Dハイフメニュー】

初回は初回登録料(30分施術付).....10,000円(税別)

2回目以降は、15分～(施術時間による).....4,000円(税別)～

【メニュー提供に際してのご注意】

下記に該当される場合は、原則としてメニューを施術できません。事前にご確認をお願い致します。

- ①肝臓・腎臓に重篤な疾患のある方
- ②心疾患・ペースメーカーなどを使用されている方
- ③てんかんの既往症のある方
- ④皮膚疾患、術後直後、入院治療直後の方
- ⑤施術部位にヘルニア・外傷のある方
- ⑥施術部位に異物が入っている方(貴金属・金の糸・シリコン・コラーゲン注入・ヒアルロン酸注入など)
- ⑦静脈炎・血栓・血管の疾患がある方
- ⑧脂肪の厚みが2cm以上ない体の部位
- ⑨生理中・妊娠中・授乳中・妊娠の可能性がある方
- ⑩蕁麻疹体質の方
- ⑪光・日光アレルギー・蕁麻疹体質の方
- ⑫インプラントや歯の矯正中の方

ミラクルスペースハッシュ 御中

未成年者契約承諾書

※ご契約者様記入欄※

ご契約者様氏名(漢字) _____ 【自署】

ご契約者様生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、上記の未成年者がミラクルスペースハッシュとエステティックサービス契約を締結すること、及び同サービスを受けることを承諾します。

※親権者様(法定代理人)記入欄※

氏名 _____ 印 _____ 【自署】 続柄(_____)

住所 〒 _____ - _____

TEL _____ 携帯 _____

サロン使用欄

受領日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サロン名:ミラクルスペースハッシュ 担当者名: _____