

親権者様各位

弊社では、未成年のお客様が親権者様のご同席関係なく、カウンセリング及びサービスを受けられる場合、親権者（法定代理人）様の承諾を頂いております。カウンセリング時に親権者様のご同席が難しい場合、下記承諾書にご署名・ご捺印の上、弊社に必ずご持参するようにお伝え願います。尚、カウンセリング当日に承諾書のご持参がない場合は、当日の契約締結ができません。次回ご持参時の申し込みとなります。

コース一覧

<input type="checkbox"/> 4部位	6か月	月額30,800円	<input type="checkbox"/> 6部位	6か月	月額44,000円
<input type="checkbox"/> 8部位	6か月	月額55,000円	<input type="checkbox"/> 12部位	6か月	月額72,600円
<input type="checkbox"/> 16部位	6か月	月額90,200円			

注意事項

次の方及び部位へは、必ず医師と相談の上、サービスをご利用ください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍のある方 | <input type="checkbox"/> 心臓・脳神経に異常のある方 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している方、出産直後の方 | <input type="checkbox"/> 体温38℃以上の方 |
| <input type="checkbox"/> 感染症疾患の方 | <input type="checkbox"/> 皮膚知覚障害、または皮膚に異常のある方 |
| <input type="checkbox"/> 急性（疼痛性）疾患のある方 | <input type="checkbox"/> 安静を必要とする方 |
| <input type="checkbox"/> 血圧に異常のある方 | <input type="checkbox"/> 四肢の不自由な方 |
| <input type="checkbox"/> 自分の意思表示ができない方 | <input type="checkbox"/> 低温状態の方 |
| <input type="checkbox"/> 血行障害のある方 | <input type="checkbox"/> 精神疲労、肉体疲労の著しい方 |
| <input type="checkbox"/> 美容整形されている方 | <input type="checkbox"/> インプラントを使用している方 |
| <input type="checkbox"/> タトゥー部分 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症など簡単に骨折してしまう方 |
| <input type="checkbox"/> 体内にボルトなど金属が埋め込まれている方 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病などによる高度な末梢循環障害による知覚障害のある方 | |

未成年契約承諾書

美Body専門サロンMitsui

ご契約者様お名前 氏名 _____ ㊞

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

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美Body専門サロンMitsuiにおいてエステティックサービスを受けること、および裏面の契約書の内容を骨子とする契約を締結することを承諾します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者（法定代理人）様 記入欄

(〒 _____)

住所 _____

氏名 _____ ㊞

TEL _____

