

## コース申込み承諾書（18歳以上の未成年者用）

アイメディッククリニック宛

コース名 \_\_\_\_\_

- ・上記コースを申し込むにあたり、未成年である（名前）\_\_\_\_\_が、説明を受け  
施術内容を理解し、コースを申し込むことに未成年の親権者として同意致します。
- ・コースを申し込むに当たり、効果が不十分な場合や副作用・トラブル発生時は、医師の指示に従います。
- ・本人による支払いが滞った場合につきましては、保証人として全額をお支払いいたします。

令和 年 月 日

親権者住所 \_\_\_\_\_

親権者氏名 \_\_\_\_\_

⑩

- 注意 ※コースの途中解約による返金は一切致しません。  
※コースお申し込み時には、必ず本書をご持参下さい。  
※別途、コース申込書のコピーをお渡しいたしますので、必ずご確認ください。

〒857-0872

長崎県佐世保市上京町 5-9-4F TEL 0956-22-1667

美容皮膚科 アイメディッククリニック

院長 柳沢 明広