ツツイ美容外科

未成年者様へのお願い

施術をご希望の場合は、事前に親権者様と十分にご相談のうえ、必要書類をご準備ください。

16歳未満の未成年者様

・カウンセリングおよび施術時には、必ず親権者様の同伴が必要です。
・未成年者様お一人でのご来院はご遠慮ください。
・通院が必要な治療（例：脱毛、ほくろ治療など）も、毎回親権者様の同伴が必須となります。

16歳以上～18歳未満の未成年者様

・親権者様へのお電話確認および未成年承諾書の提出が必要です。
・親権者様の承諾が確認できた場合のみ、未成年者様お一人でのご来院が可能となります。
・承諾書に空欄がある場合や、親権者様の承諾が確認できない場合は、施術をお断りいたします。

カウンセリングについて

事前にカウンセリングが必要な施術（ピアッシング以外すべて）については、以下の対応となります。
・親権者様の同伴がない場合、カウンセリングのみを行い、施術に関する説明用紙をお渡しします。
・説明用紙をもとに親権者様とご相談いただき、未成年承諾書にご記入ください。
・そのため、カウンセリングと施術は原則として別日となります。
・カウンセリング当日に施術をご希望の場合は、親権者様にも治療内容をご理解いただく必要があるため、親権者様の同伴が必須です。

見本

ツツイ美容外科

未成年承諾書

☑ 本書の記入は、すべて親権者（法定代理人）が行います。

☑ 本書の記入に不備がある場合、施術が受けられないことを理解しています。

☑ 本書を持参しなかった場合、施術が受けられないことを理解しています。

☑ 私は、（未成年者氏名：　大阪　太郎　　）が

（施術名　　：　ピアスの穴開け　　）を受けることを承諾いたします。

※　左チェック欄にチェックをお願いします。
※　下署名欄の氏名・住所・電話番号は親権者（法定代理人）様の内容を記載してください。

日付：　令和7年　　年　1　月　1　日

氏名：　大阪　花子

住所：　大阪府大阪市中央区心斎橋筋1丁目4－29ココテラス心斎橋502

電話：　000　－　0000　－　0000

ツツイ美容外科

未成年承諾書

☐ 本書の記入は、すべて親権者（法定代理人）が行います。

☐ 本書の記入に不備がある場合、施術が受けられないことを理解しています。

☐ 本書を持参しなかった場合、施術が受けられないことを理解しています。

☐ 私は、（未成年者氏名：　　）が

（施術名　　：　　）を受けることを承諾いたします。

※　左チェック欄にチェックをお願いします。
※　下署名欄の氏名・住所・電話番号は親権者（法定代理人）様の内容を記載してください。

日付：　　年　　月　　日

氏名：

住所：

電話：