# 親 権 者 同 意 書

株式会社ピベルダ（WhiteningBAR／ホワイトニングバー）御中　　記入日：西暦　　年　　月　　日

私は、下記の未成年者（以下「本人」といいます）が、WhiteningBAR（ホワイトニングバー）のセルフホワイトニングサービスを利用し、下記で選んだ契約を締結することについて、親権者として同意します。

## 1. ご利用予定のメニュー（該当するものに✓）

☐ 初回体験　　☐ 都度利用

☐ 回数コース（　　回）　　☐ 学割コース（　　回）

☐ 月額通い放題　　☐ 月額通い放題SP

お支払い方法：☐ 現金　☐ クレジットカード　☐ 口座振替　☐ その他（　　）

## 2. 確認事項（親権者の方がご確認のうえ、すべてに✓）

☐ WhiteningBARのサービスは、お客様ご自身で行う美容目的のセルフホワイトニングで、歯科診療その他の医療行為ではないこと、結果や感じ方には個人差があることを理解しました。

☐ 選んだメニューの料金・回数・有効期限、支払方法を、契約書面（重要事項確認書を含む）で確認しました。

☐ 月額通い放題・通い放題SPを選んだ場合、最低利用期間（入会月を含め4か月）があること、退会は退会希望月の前月末日までに店頭または郵送で手続きすること（電話・メールでは手続きできません）を確認しました。

☐ 予約の変更・キャンセル・遅刻の取扱い（キャンセル料・回数の消化など）を、キャンセルポリシーで確認しました。

☐ 本人の体調や歯・口の状態によっては、当日ご利用いただけない場合があることを理解しました。

## 3. 親権者

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名（自署） | | 続柄 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |

## 4. 本人（ご利用になる方）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 西暦　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　□ 親権者と同じ | | |
| 電話番号 | | | |

※ ご来店時に、ご記入済みの本書と、本人の年齢を確認できる書類（学生証・健康保険証・マイナンバーカード等）をお持ちください。
※ 本書の内容について、店舗から親権者の方へお電話で確認させていただく場合があります。ご記入いただいた個人情報は、当社のプライバシーポリシーに従って取り扱います。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 店舗記入欄 | 受付店舗：　　店 | 受付日：　　年　　月　　日 | 担当： | 年齢確認書類： |