

医療脱毛 コース料金 同意書

■ 医療脱毛コース料金とは、自費診療において複数回の施術をまとめて契約・お支払い頂くことで、総額が割引される料金システムです。割引額はメニューにより異なりますので、契約前に必ずご確認ください。
コース有効期間は2年間です（例：2025年1月6日契約 → 2027年1月5日まで）。
有効期限を過ぎた場合、残回数があっても返金・施術はできません。

■ 脱毛については初回からコース契約可能です。

■ 特定商取引法に基づき、サービス提供期間が1か月を超え、総額が5万円を超えるコースの契約は「特定継続的役務提供」に該当します。

■ クーリング・オフ制度

特定継続的役務提供に該当する契約は、契約日を1日目として8日以内に、書面で申し出ること無条件に解約できます。違約金は発生しません。

■ 契約期間内であれば中途解約可能です。

返金額は以下の通りです。

・サービス提供前：支払済額－2万円

・サービス提供後：支払済額－（施術単回料金×実施回数）－解約手数料

解約手数料は「未施術分料金の20%」または「5万円」のいずれか低い方です。

■ 契約条件

・契約時に料金は確定し、料金改定があっても差額精算はありません。

・コース途中でのメニュー変更はできません。

・役務提供期間を過ぎると、解約に応じることはできません。

■ 当院から契約を解除する場合

体質や健康状態により施術が困難と判断された場合、または信頼関係を維持できないと判断された場合、特定商取引法に準じて精算します。

■ 予約について

ご予約は2か月先まで、1回分のみ承ります。

剃毛不足などで施術困難な場合は当日の施術をお断りし、後日改めて予約いただく場合があります。

【契約内容（当院記載）】

役務提供期間：_____年____月____日 ～ _____年____月____日

役務内容（コース）：_____

金額（税込）：_____円

【本人署名欄】

私は上記コース料金、契約条件を理解・納得の上で施術を受けることに同意いたします。

本人署名：_____

日付：_____年____月____日

【18歳未満の場合：親権者同意欄】

私は親権者として、上記契約条件を理解・確認し、受療者が当院にてコース施術を受けることに同意いたします。

親権者署名：_____ 続柄：_____

日付：_____年____月____日