

ネオスカルプモニター施術に関する承諾書

◎モニターについて 施術名（ ）

- ☐ モニター選考については医師とカウンセラーの総合的判断に基づいて選考しております。
- ☐ モニター施術実施にあたり、身分証明書の写しをご提出いただきます。
（お預かりした個人情報とはモニター施術の資料とする以外の目的では使用致しません）
- ☐ 予定期間内（ カ月）に全ての工程を終了しスケジュールを立てられる方を選考させていただきます。
（4回はお来院いただきます）
- ☐ ネオスカルプの施術が初めての方のみになります。
- ☐ モニター期間中は他院での施術、また当該施術箇所及び当該施術箇所に影響を与える可能性のある箇所の施術を禁止と致します。（他院での施術、まつ毛エクステ・パーマ、アートメイク、エステなど）
- ☐ メイクは落とした状態、施術箇所に髭がある場合は処理してご来院いただいて撮影、施術となります。
- ☐ 施術前後、施術風景、インタビュー等の写真及び動画撮影をさせていただきます。
- ☐ 目隠しの有無に関わらず撮影部位は全顔・全身を使用することがございます。
- ☐ 撮影した写真、動画は SNS・HP・パンフレット・院内資料・学会発表・雑誌・テレビ等各メディアの取材及び広告、宣伝用の資料に使用させていただきます。
- ☐ 写真及び、動画の活用について使用期限は設けません。
- ☐ アンケートはモニター前後で全てご記入いただき SNS・HP・パンフレット・院内資料・学会発表・雑誌・テレビ等各メディアの取材及び広告、宣伝用の資料に使用させていただきます。
- ☐ 本人以外のいかなる方からの施術、術後の問い合わせ、お申し出に対しましても一切対応いたしません。

◎ご費用について

- ☐ お申込日に通常料金を全額お支払いいただき全工程の終了を確認後、差額を返金させていただきます。
（カード決済など現金以外でのお支払いの場合でも現金での差額返金となります）
- ☐ 追加スタンプの費用はその都度お支払いいただき全工程終了確認後、差額を返金させていただきます。
- ☐ 目隠し有り全顔使用させていただく場合、通常料金から 50%割引と致します。
- ☐ 交通費は自己負担とさせていただきます。

◎契約解除について

- ☐ 上記の内容に反する行為を行った場合には、直ちに契約を解除し、通常料金とさせていただきます。
- ☐ モニター施術申込後の契約解除はできません。

光伸メディカルクリニック殿

私は、モニター施術の実施に際して、上記内容を十分に理解いたしましたので、モニター施術を受けることを承諾いたします。

記入日： 年 月 日

ご署名 _____

弊院担当医師 中村光伸

弊院担当者

2024.8.1