

記入見本

表面

美容医療サービス（施術等）の内容及び代金額について

サービス内容（種類・形態・方法・時間数・回数等）・金額（税込）を記入ください。

施術者の資格・能力に関する特約について

例えば、「●●先生限定」、「研修医に施術させる」など。

特約がある場合、「有」に○を付け、「特約の内容」を記入ください。（※無い場合、「無」に○を付けてください。）

その他サービスを受けるにあたりお支払いいただく代金について

例えば、「剃毛代」、「無痛麻酔」など。

お支払いいただく代金がある場合、「有」に○を付け、「サービスの名称」・「金額（税込）」を記入ください。（※無い場合、「無」に○を付けてください。）

サービス提供期間について

施術を提供する期間を記入ください。

関連商品について

サービス（施術）を受けるにあたり、下記の中で購入が必要な商品がある場合、記入ください。（※無しの場合、「無」に○を付けてください。）

【美容医療における関連商品】

- ・いわゆる健康食品
- ・化粧品
- ・マウスピース（歯牙の漂白のために用いられるものに限る。）及び歯牙の漂白剤
- ・医薬品及び医薬部外品であって、美容を目的とするもの

関連商品の販売事業者について

① 事業者（クリニック）が関連商品を販売する場合、「甲」に○を付けてください。（※事業者名・代表者・所在地・電話番号の記入は不要です。）

② 別の事業者（クリニック以外）が関連商品を販売する場合、「甲以外」に○を付け、事業者名・代表者・所在地・電話番号を記入ください。

支払金額合計（税込）を記入ください。

支払方法及び支払時期について

① 支払方法に○を付けてください。

② 支払い時期を記入ください。
（※クレジットカード・ショッピングクレジットの場合、「クレジット会社名」と「初回引落日」を記入ください。→初回引落日については、各クレジット会社へ確認ください。）
・クレジットカード … VISA・Master・JCBなどの会社名。
・ショッピングクレジット … 医療ローンの会社名。

③ 金額（分割手数料含む）を記入ください。
（※クレジットカード・ショッピングクレジットの場合、「初回」に○を付け、初回金額・2回目以降の金額を記入ください。金額の内訳については、各クレジット会社へ確認ください。）

前払金の保全措置について

① 前払金 … 将来提供するサービスの対価を前もって契約時にまとめて受け取った金額。

② 保全措置 … 事業者が倒産した場合など、前払金の全部もしくは一部を消費者へ返金できるように、一定金額を事業展開などに使わず、金融機関の保証委託契約などで取り置いておく制度。

「前払金の保全措置」について対応している場合、「有」に○を付け、「保全措置の内容」を記入ください。（※対応していない場合、「無」に○を付けてください。）

契約当事者について

① 甲（事業者：クリニック）の情報を記入（スタンプでも可）・捺印（代表者印または法人印）ください。（※「契約担当者」はフルネームで記入ください。）

② 乙（サービス受領者：顧客）の情報を記入・捺印ください。（※顧客の自署で記入の上、捺印もしくはサインをいただいでください。）

美容医療サービス提供契約書

甲及び乙は、甲が乙に対して美容医療サービスを提供することについて、本契約（添付の美容医療サービス提供契約約款を含みます。）を締結する。

本書面を十分にお読みください。

1 美容医療サービス（施術等）の内容及び代金額等

① 美容医療サービス（施術等）の内容及び代金額

サービス内容（サービス提供の種類・形態・方法・時間数・回数等）		金額（税込）
医療レーザー脱毛	5回コース	200,000
HIFU治療	4回コース	100,000
※施術者の資格・能力に関する特約：		小計 300,000

有・無（有の場合）特約の内容

② その他サービスを受けるにあたりお支払いいただく代金（入会金等）

有・無	名称	金額（税込）
有・無		0

サービス提供期間：2020年 5月 10日 ～ 2021年 5月 9日

2 関連商品（サービスを受けるにあたりご購入いただく必要がある商品）

有・無	商品名	種類	単価	数量	金額（税込）
有	●●●●●	医薬部外品	10,000円	1	10,000
					小計 10,000

※関連商品の販売事業者の名称・連絡先：[甲・甲以外]（甲以外の場合は下記に記載の事業者）

事業者名	代表者
所在地	電話番号

3 支払金額合計（税込）

合計（1①+1②+2） 310,000

4 支払方法及び支払時期

支払方法	支払時期	金額（分割手数料）
現金持参	2020年 5月 1日	100,000
現金振込	年 月 日	
クレジットカード	クレジット会社名 ●●●●●株式会社	初回 20,000 最終回 通常各回 15,000
ショッピングクレジット	12回払い 2020年 7月より毎月 27日引落し	

※割賦販売法に基づく抗弁権の接続の有無 [有・無]

割賦販売法に基づく抗弁権の接続の有無について

抗弁権の接続 … 顧客が医療ローンを組んだ後、事業者との間でトラブル（医療ミスや倒産など）が発生した場合、その事由をもってローン会社の支払請求に対抗できること。

クレジットカード（1回払い以外）・ショッピングクレジット（医療ローン）を選択した場合、抗弁権の接続は「有」に○を付けてください。（※それ以外の支払方法の場合、「無」に○を付けてください。）

5 キャンセル

顧客に「個人情報の取得・利用・提供に同意する。」に○を付けていただいでください。

6 前払金の保全措置について

有・無（有の場合）保全措置の内容

《契約当事者》※ 太枠内にご記入及びご捺印ください。

甲（美容医療サービス提供事業者）		乙（美容医療サービス受領者）※ご記入欄			
所在地：東京都●●区●●1-2	住所：〒●●●-●●●●●●●●●●	●●●●●	●●●●●	●●●●●	●●●●●
事業者名（法人名）：●●クリニック	(フリガナ)	●●●●●	●●●●●	●●●●●	●●●●●
代表者：●●●●●	氏名	●●●●●	●●●●●	●●●●●	●●●●●
電話番号：03-●●●●●-●●●●●	TEL (自宅)	生年月日	19●●年 ●●月 ●●日		
契約担当者：●●●●●（フルネーム）	(携帯) 090-●●●●●-●●●●●	生年月日	19●●年 ●●月 ●●日		
	契約日	2020年 5月 1日			

記入見本

表面

特定商取引法に基づく概要書面

本書面を十分に読みください。

本書面は、特定商取引に関する法律に基づき契約前に交付する、美容医療サービス提供契約（以下「本契約」といいます。）記載する書面です。内容を十分にご理解いただいた上、ご契約ください。

1 サービス提供事業者

事業者名	●●クリニック	代表者	●●●●
所在地	東京都●●区●●1-2	電話番号	03-●●●●-●●●●

2 美容医療サービス(施術等)の内容とその代金の概算額

サービス内容(サービス提供の種類・形態・方法・時間数・回数等)	金額(税込)
医療レーザー脱毛 5回コース	200,000
HIFU治療 4回コース	100,000
計	300,000

※施術者の資格・能力に関する特約:

有・無 (有の場合)特約の内容:

※サービス提供期間: 2020年 5月 10日 ~ 2021年 5月 9日

3 その他サービスを受けるにあたりお支払いいただく代金(入会金等)

有・ <input checked="" type="radio"/> 無	名称	金額(税込)
		0

4 関連商品(サービスを受けるにあたりご購入いただく必要がある商品)

商品名	種類	数量	金額(税込)
●●●●	医薬部外品	1	10,000
計			10,000

※関連商品の販売事業者の名称・連絡先(関連商品の販売事業者とサービス提供事業者が異なる場合)

事業者名	代表者
所在地	電話番号

5 支払金額合計(税込)

支払金額合計(税込)を記入ください。

合計(2+3+4)	310,000
-----------	---------

6 支払方法及び支払時期

支払方法	支払時期	金額(分割手数料)
現金持参・デビットカード 現金振り込み クレジットカード1回払い	2020年 5月 1日	100,000
クレジットカード 回数払い	クレジット会社名 ●●●●株式会社	20,000
ショッピングクレジット 12回払い	2020年 7月より毎月 27日引落し	15,000

※割賦販売法に基づく抗弁権の接続の有無[有・無]

7 キャンセル料について: 貴方ので都合により当日予約をキャンセルされた場合は、別紙に記載のキャンセル料

8 前払金の保全措置について

有・ <input checked="" type="radio"/> 無
(有の場合)保全措置の内容

サービス提供事業者について

事業者(クリニック)の情報を記入ください。

美容医療サービス(施術等)の内容とその代金の概算額について

サービス内容(種類・形態・方法・時間数・回数等)・金額(税込)を記入ください。

施術者の資格・能力に関する特約について

例えば、「●●先生限定」、「研修医に施術させる」など。

特約がある場合、「有」に○を付け、「特約の内容」を記入ください。(※無い場合、「無」に○を付けてください。)

サービス提供期間について

施術を提供する期間を記入ください。

その他サービスを受けるにあたりお支払いいただく代金について

例えば、「剃毛代」、「無痛麻酔」など。

お支払いいただく代金がある場合、「有」に○を付け、「サービスの名称」・「金額(税込)」を記入ください。(※無い場合、「無」に○を付けてください。)

関連商品について

サービス(施術)を受けるにあたり、下記の中で購入が必要な商品がある場合、記入ください。(※無しの場合、「無」に○を付けてください。)

【美容医療における関連商品】

- ・いわゆる健康食品
- ・化粧品
- ・マウスピース(歯牙の漂白のために用いられるものに限る。)
- 及び歯牙の漂白剤
- ・医薬品及び医薬部外品であって、美容を目的とするもの

関連商品の販売事業者の名称・連絡先について

① 事業者(クリニック)が関連商品を販売する場合、記入は不要です。

② 別の事業者(クリニック以外)が関連商品を販売する場合、事業者名・代表者・所在地・電話番号を記入ください。

支払方法及び支払時期について

① 支払方法に○を付けてください。

② 支払い時期を記入ください。
(※クレジットカード・ショッピングクレジットの場合、「クレジット会社名」に「初回引落日」を記入ください。→初回引落日については、各クレジット会社へ確認ください。)
・クレジットカード … VISA・Master・JCBなどの会社名。
・ショッピングクレジット … 医療ローンの会社名。

③ 金額(分割手数料含む)を記入ください。
(※クレジットカード・ショッピングクレジットの場合、「初回」に○を付け、初回金額・2回目以降の金額を記入ください。金額の内訳については、各クレジット会社へ確認ください。)

割賦販売法に基づく抗弁権の接続の有無について

抗弁権の接続 … 顧客が医療ローンを組んだ後、事業者との間でトラブル(医療ミスや倒産など)が発生した場合、その事由をもってローン会社の支払請求に対抗できること。

クレジットカード(1回払い以外)・ショッピングクレジット(医療ローン)を選択した場合、抗弁権の接続は「有」に○を付けてください。
(※それ以外の支払方法の場合、「無」に○を付けてください。)

前払金の保全措置について

① 前払金 … 将来提供するサービスの対価を前もって契約時にまとめて受け取った金額。

② 保全措置 … 事業者が倒産した場合など、前払金の全部もしくは一部を消費者へ返金できるように、一定金額を事業展開などに使わず、金融機関の保証委託契約などで取り置いておく制度。

「前払金の保全措置」について対応している場合、「有」に○を付け、「保全措置の内容」を記入ください。(※対応していない場合、「無」に○を付けてください。)

9 クーリング・オフについて

- 貴方は、契約書面を受領した日から起算して8日間以内(以下「クーリング・オフ期間」といいます。)であれば、書面により本契約を解除すること(以下「クーリング・オフ」といいます。)ができます。また、クーリング・オフ期間経過後であっても、サービス提供事業者が、貴方に不実のことを告げたことにより誤認し、又は威迫したことにより困惑したために貴方がクーリング・オフをしなかった場合、貴方は、改めてサービス提供事業者からクーリング・オフができる旨を記載した書面を受領した日から起算して8日間以内であれば、書面によりクーリング・オフをすることができます。
- 関連商品の販売契約が締結されている場合、貴方は、本契約と併せて、関連商品の販売契約をクーリング・オフすることも可能です(関連商品の販売契約のみをクーリング・オフすることはできません。)。但し、サービス提供事業者と関連商品の販売事業者(以下「関連商品販売事業者」といいます。)が異なる場合、貴方は、表面4に記載された関連商品販売事業者に対しても、書面によりクーリング・オフをする旨を申し出る必要があります。
- 上記(2)にかかわらず、下記の消耗品に関しては、開封したり、その全部又は一部を使用又は消費したとき(サービス提供事業者又は関連商品販売事業者が貴方に当該商品を開封させたり、その全部又は一部を使用又は消費させた場合を除きます。))は、当該商品に関する販売契約はクーリング・オフをすることができません。

一部使用等によりクーリング・オフの対象から除外される消耗品

●●●●(医薬部外品)

- クーリング・オフをした場合、貴方は、提供サービス・関連商品の代金、損害賠償金、違約金その他の費用の支払い義務を負いません。
- クーリング・オフをした時点でお支払済みの金銭がある場合、支払いを受けたサービス提供事業者又は関連商品販売事業者は、速やかにその受領金の全額を返金します。関連商品の引渡しが既に行われている場合、当該関連商品をご返還いただけますが、ご返還に要する費用は関連商品販売事業者の負担とします。
- クーリング・オフは、貴方がクーリング・オフをする旨の書面を発信したときに、その効力が生じます。
- クレジットカード決済等をご利用の場合の清算は、各クレジット会社所定の方針によりしますので、各クレジット会社の規約等をご確認ください。

クーリング・オフの対象から除外される消耗品について

使うと商品価値がほとんどなくなる、いわゆる消耗品(健康食品、化粧品など)を使ってしまった場合、クーリング・オフの規定が適用されません。

クーリング・オフの対象から除外される消耗品がある場合、記入ください。

10 中途解約について

- 貴方は、クーリング・オフ期間を過ぎた後において、本契約を将来に向けて中途解約することができます。
- 関連商品の販売契約が締結されている場合、貴方は、クーリング・オフ期間を過ぎた後において、本契約と併せて、関連商品の販売契約を将来に向けて中途解約することができます(関連商品の販売契約のみを中途解約することはできません。)。但し、サービス提供事業者と関連商品販売事業者が異なる場合、貴方は、表面4に記載された関連商品販売事業者に対しても、中途解約する旨を申し出る必要があります。また、関連商品のうち、上記9(3)記載の消耗品に関しては、開封したり、その全部又は一部を使用又は消費したとき(サービス提供事業者又は関連商品販売事業者が貴方に当該商品を開封させたり、その全部又は一部を使用又は消費させた場合を除きます。))は、中途解約をすることができません。

(3) 本契約及び関連商品の販売契約を中途解約した場合であっても、貴方には次の費用をお支払いいただけますが、サービス提供事業者及び関連商品販売事業者は、これを超える額の請求はできないものとします。なお、下記費用を超過する代金を既にお支払いいただいている場合は、下記各費用を差し引いた額を返金する方法で清算いたします。

ア: サービス(施術等)提供前の中途解約の場合

金 20,000 円(限2万円) ※契約の締結及び履行のために通常要する費用としてお支払いいただくものです。

イ: サービス(施術等)提供後の中途解約の場合

①既に提供されたサービス(施術等)の対価+②解約手数料+③関連商品代金等

※①既に提供されたサービス(施術等)の対価=サービス(施術等)の単価×提供回数

②解約手数料=契約残額(未提供サービス分の代金相当額)の20%に相当する額又は5万円のいずれか低い方の額

③関連商品代金等=(i)関連商品が返還された場合: 関連商品の通常の使用料相当額

(ii)関連商品が返還されない場合: 関連商品の販売価格相当額

(iii)関連商品の引渡し前の場合: 契約の締結及び履行のために通常要する費用の額

- クレジットカード決済等をご利用の場合の清算は、各クレジット会社所定の方針によりしますので、各クレジット会社の規約等をご確認ください。

11 その他特約事項

その他の特約事項がある場合には、本書面に添付してご説明しますので、ご確認ください。

ア: 中途解約時[サービス提供前]の損害賠償等の上限について

クーリング・オフ期間が経過後、サービス(施術)は始まっていないが、中途解約する場合。

「上限2万円」の金額をお支払いいただけます。(※契約の締結及び履行のために通常要する費用として、0円~2万円迄の金額を記入ください。)

イ: 中途解約時[サービス提供後]の損害賠償等の上限について

クーリング・オフ期間が経過後、サービス(施術)は始まっているが、中途解約する場合。

「未消化分の施術代金 × 20%」 or 「5万円」のいずれか低い方の金額をお支払いいただけます。

※ 例えば、医療脱毛20万円/5回コースの契約を、1回目の施術後に中途解約する場合。

「未消化分4回: 16万円 × 20% = 32,000円」 or 「5万円」
⇒ 「32,000円」を解約手数料としてお支払いいただけます。