

西暦 年 月 日

親権者（法定代理人）同意書

私は、下記の者（未成年者）の親権者（法定代理人）として、貴店の行う脱毛施術を受けることを承諾します。

【 親権者 】

氏名 _____ 印 続柄（ ）

フリガナ _____

住所（〒 - ）

電話番号 _____

【 未成年者 】

氏名 _____

フリガナ _____

生年月日 西暦 年 月 日 生（ 歳）

住所（〒 - ）

電話番号 _____

【 サロン使用欄 】

受領日 年 月 日