

サロングルーム 御中

未成年者施術における親権者同意書

私 _____ は、脱毛方法、脱毛のリスクなどを事前に確認し、十分に理解したうえで、下記未成年者（脱毛を受ける者）の親権者として、光脱毛を受けることに同意いたします。

■日付

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■未成年契約者（脱毛を受けるお子様）

氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

■親権者

未成年契約者との続柄 _____

住所（上記と異なる場合のみ） _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

携帯電話番号 _____

自筆サイン _____

サロングルーム
埼玉県入間郡三芳町北永井704-9
代表 飯塚結花
049-259-7814