親権者様各位

平素は、格別のご愛顧をいただき誠に有り難うございます。
弊社では、未成年のお客様が親権者のご同席なくカウンセリング、及び、エステティックサービスをご施術受けられる場合、本承諾書にて親権者様（他に協同親権者がいる場合は、協同親権者の代表とします）のご承諾を頂いております。

親権者様のご署名・ご捺印の上、施術時までに必ずご持参頂きますようお願い致します。
お忘れになると、施術を受けられませんのでご注意下さいませ。
※以下の全ての項目について、親権者様ご自身でご記入をお願い致します。

プライベートサロン　Style 未成年者施術同意書

プライベートサロン Style 御中

施術を受けられる方の氏名　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施術を受けられる方の生年月日　　年　　月　　日　　（　　歳）

私は、親権者（他に協同親権者がいる場合には、私が協同親権者の代表者）として、上記の未成年者様がプライベート・サロン Style において、エステティックサービス（脱毛）の施術を受けることに同意します。

年　　月　　日

親権者様氏名　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）　印

親権者様住所　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者様電話番号　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※親権者様ご本人が、必ずご署名・ご捺印下さいませ。
※同意書に不備がある場合、施術を受けられませんのでご注意下さいませ。
※ご記入頂いた個人情報は、ご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用いたしません。