

未成年者同意書

【美肌 脱毛 専門クリニック SARA】では、未成年のお客様が親権者様のご同席なく、カウンセリング 及び エステティックサービスをご契約いただく場合は、本同意書にて親権者様(他に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者として)のご承諾が必要となります。

親権者様のご署名の上、カウンセリング時に必ずご持参いただきますようお願いいたします。

お忘れになると、カウンセリングを受ける事ができませんので、ご注意くださいませ。

以下の全ての項目について、親権者様ご本人がご記入をお願い申し上げます。

R 年 月 日

【サロン名】 美肌 脱毛 専門クリニック SARA

【住所】 奈良県大和郡山市小泉町東1-8-6 2F

【TEL】 0743-56-1777

私は、下記契約者の親権者(他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者)として、契約者が

【美肌 脱毛 専門クリニック SARA】においてエステティックサービス(美肌脱毛)の施術を受けることに同意いたします。施術を受けるに際し、その内容(施術の内容や、施術後の反応予測、施術前後のケア方法、施術の費用等)について説明を受け、十分に理解・納得しましたので、実施に同意いたします。

契約者氏名			
生年月日	年 月 日生	年 齢	才
住所			
電話番号			

●同意者

※親権者ご本人が署名してください。

R 年 月 日

親権者

氏名

契約者との続柄

住所

連絡先