

未成年者同意書

令和 年 月 日

Ulu 殿

当サロンにて下記の施術を受けるにあたり、保護者として承諾致します。

ご利用者氏名	フリガナ
ご住所	〒
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
電話番号	
施術内容	<input type="checkbox"/> wax脱毛 <input type="checkbox"/> 光脱毛 <input type="checkbox"/> 光フェイシャル

保護者 氏名 印 続柄

ご住所

ご連絡先

※親権者ご本人様にご署名・捺印して下さい。

同意年月日 令和 年 月 日

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。

※本書のご持参がない場合は、施術をお断りさせていただきます。