

未成年者同意書

(乙) _____ 御中

私は下記の未成年者（甲）に対し御社（乙）の _____ で行われる、以下の施術内容を承諾し、甲の申し込みに同意致します。

(甲) 未成年者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____

電話番号 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

法定代理人(親権者等)のお客様 _____ 印 続柄(_____)

※法定代理人ご本人様が署名・捺印して下さい。

お手数をおかけ致しますが、施術前にご提示頂きますよう、お願い致します。

サロン名 **Healia**

住所 〒206-0011 東京都多摩市関戸4-24-6-302

電話番号 042(407)9503

個人情報保護法に基づき上記の内容は、商品・サービスを販売する目的にのみ利用させて頂きます。