

親権者様各位

平素は格別のご愛顧いただきまして、誠にありがとうございます。

当店では、未成年のお客様が親権者様のご同席がなくソライロメンズ脱毛の脱毛施術を受けられる場合、親権者（法定代理人）様の承諾を頂戴しております。下記書式をプリントアウトまたは下記と同一の内容でご記入頂いた書面に親権者（法定代理人）様のご署名・捺印の上、カウンセリング時にご持参ください。

※注意事項

- ①日光過敏症 ②光・紫外線アレルギー ③光過敏性てんかん・光源性てんかん ④ペースメーカーご使用の方
⑤後天性免疫不全症候群 ⑥白斑・尋常性白斑がある方 その他、ご提供出来ない場合がございます。

親権者同意書

ソライロメンズ脱毛高崎店

記入日 令和____年____月____日

私は、下記未成年の親権者（法定代理人）として、下記の未成年者がソライロメンズ脱毛高崎店において、未成年者（契約者）が本店とエステティックサービスに関する契約及び、それに付随する個別契約（同意事項を含む）の締結をすることについて、あらかじめ同意いたします。

記

●未成年者（契約者）

※契約者ご本人の自署及び、捺印が必要となります。

氏名 性 _____ 名 _____ 様 印

生年月日 _____年 _____月 _____日

住所 _____都道府県 _____市区町村 _____丁目 _____番 _____号
_____号棟 _____号室 建物名 _____

連絡先 TEL _____ — _____ — _____ 携帯 _____ — _____ — _____

●法定代理人親権者

※親権者ご本人の自署及び、捺印が必要となります。

続柄 _____

氏名 性 _____ 名 _____ 様 印

生年月日 _____年 _____月 _____日

住所 _____都道府県 _____市区町村 _____丁目 _____番 _____号
_____号棟 _____号室 建物名 _____

連絡先 TEL _____ — _____ — _____ 携帯 _____ — _____ — _____

以上