

保護者同意書

Moalani Wax 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いたします。

施術を受ける ご本人の氏名	フリガナ
施術内容	光脱毛 フェイシャルケア (ニキビ・赤ら顔)
生年月日	平成 年 月 日
住所	フリガナ
	〒
電話番号	携帯 自宅

保護者 氏名 _____ (印) (続柄 _____)
住所 _____

※親権者ご本人が署名・捺印してください

同意年月日 令和 年 月 日

【注意とお願い】

※未成年者が親の同署を偽造して持参するなどした場合は、損害賠償を請求される場合がございます。

※未成年者でも婚姻した場合には成人に達したものとみなされます。(民法753条)

※クレジットカード払いをご希望の場合は、お電話にて親権者より同意をいただく場合がございます。