

未成年者契約同意書

IMPROVE

鹿児島県薩摩川内市東郷町斧淵 6 0 0 - 3

TEL 0996-41-3495

私は、下記未成年者（契約者）の親権者（法的代理人）として、
未成年者が貴店においてセルフ脱毛・スタッフ施術を受けることを
あらかじめ同意致します。

契約者氏名			
生年月日		年齢	
住所			
電話番号			

年 月 日

親権者

氏名 _____ 印 （続柄 _____）

住所 _____

連絡先 _____

※ 親権者ご本人が署名・押印してください。