

西暦 年 月 日

### 親権者（法定代理人）同意書

私は、下記の者（未成年者）の親権者（法定代理人）として、貴店の行う脱毛施術を受けることを承諾します。

#### 【 親権者 】

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ \_\_\_\_\_

住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

#### 【 未成年者 】

氏名 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

#### 【 サロン使用欄 】

受領日 \_\_\_\_\_ 年 月 日