

親権者同意書

セルフ脱毛サロンATTRA
東京都千代田区神田佐久間町3-29-1
市川ビル5F

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
エステティックサービス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			

20 年 月 日

親権者 氏名

⑩ (続柄)

住所

連絡先

〈備考〉

--

※ 親権者ご本人が署名・押印してください。