

親権者様各位

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。

弊社では、未成年(高校1年生以上18歳未満)のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾をいただいております。下記項目をご記入頂き、親権者様のご署名・ご捺印の上、サロンご来店時に必ずご持参頂きますようお願いいたします。

なお、当該契約時に親権者様のご同席が難しい場合、本同意書をもって契約締結とさせていただきますのでご了承ください。

小町メディカルエステ・脱毛サロンSolt 未成年者契約承諾書

小町メディカルエステ・脱毛サロンSolt 御中

年 月 日

ご契約者様お名前 氏名

ご契約者様生年月日 年 月 日 (歳)

私は、上記未成年者の親権者として、上記未成年者が小町メディカルエステ・脱毛サロンSoltにおいて、エステティックサービスを受けることを承諾します。

親権者様の氏名・住所

氏名 続柄

印

ご住所

電話番号

サロン記入欄	
受領日 年 月 日	担当者名
備考	