

脱毛専門店 BRAVE 御中

親権者（法定代理人）同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴社において提供するエステティックサービスを受けることを親権者（法定代理人）として同意いたします。

◎親権者（法定代理人）

未成年者続柄（ ）

住 所

親権者（法定代理人）氏名

生 年 月 日

西暦 年 月 日（満 歳）

電 話 番 号

記

◎契約者（未成年者）

契約者氏名

住 所

生 年 月 日

西暦 年 月 日（満 歳）

◎親権者（法定代理人）特記事項

※特記事項があればいずれかにチェックし、ご記入ください。特になければご記入の必要はありません。

- 私（親権者）は、美容脱毛コースに限り、契約の同意をします。
- 私（親権者）は、美容脱毛コース、その他合計 円までの契約に限り同意します。
- 特記事項

※本書の記入については、すべての項目を親権者（法定代理人）様にご記入ください。

※本書のご持参がない場合は、契約をお断りさせていただきます。

以上

受領日	年 月 日	サロン名	BRAVE
担当者名		電話確認時間	午前・午後 時 分
会員番号			