

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、15歳以上（中学生を除く）の未成年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、親権者（法定代理人）様の承諾をいただいております。カウンセリング時に親権者様のご同席が難しい場合は、下記承諾書にご署名・ご捺印の上、弊社に必ずご持参するようにお伝え願います。尚、カウンセリング当日に承諾書のご持参がない場合は、当日の契約締結ができません。次回ご持参時の申し込みとなります。

【コース提供に際してのご注意】

下記に該当される場合は、コースをお受けいただけません。事前にご確認をお願いします。

- ① 光・紫外線アレルギー ② 日光過敏症 ③ 光過敏性てんかん ④ ペースメーカー等ご利用の方 ⑤ 白斑症

※その他、お客様の体質・体調によりコース提供できない場合がございます。

※カウンセリング当日に弊社担当カウンセラーから法定代理人親権者様へ確認のご連絡をさせて頂く場合がございます。親権者様のご署名欄にごございます連絡先のご記入もお願い致します。

未成年契約承諾書

MAX BEAUTY hair removal & skin care

ご契約者お名前 氏名 _____

ご契約者様生年月日 西暦 年 月 日 (才)

私は上記未成年者の親権者（法定代理人）として上記の未成年者が MAX BEAUTY hair removal & skin care においてエステティックサービスを受けること、および契約締結することを承諾します。

記入日 20 年 月 日

親権者（法定代理人）の住所・氏名

氏名 _____ 印 続柄 (_____)

住所 (〒 _____)

TEL _____ 携帯 _____

サロン使用欄

受領日：

担当者名：