

未成年者光脱毛サービス同意書

(乙)

サロン名 epilation salon U
住所 鎌倉市大船 1-23-16 サンワード大船 505
TEL 090-9682-1123

私は、貴店の行う光脱毛サービスに対し、貴店より事前に提供された書面に基づき、甲・乙間において光脱毛サービス契約書記載の内容を承諾の上、甲に同意します。

契約者氏名(甲)	
生年月日	
住 所	
電話番号	

20 年 月 日

親権者 氏名
_____ 印（続柄）

住所

親権者 氏名
_____ 印（続柄）

住所

* 親権者ご本人が署名・押印して下さい。親権者は一名でも大丈夫です。