

親権者（法定代理人）同意書

記入日 年 月 日

ご契約者の氏名	氏名
ご契約者の生年月日	西暦 年 月 日 (歳)

私は、上記親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）として、契約者が株式会社 P H R メディカル脱毛サロンエステリアにおいて契約と施術を受けることに同意します。

親権者氏名	(続柄：) 氏名 (印)
親権者住所	〒
親権者電話番号	電 話 () — — 携帯電話 () — —

- ※ 親権者ご本人様が署名・捺印して下さい
- ※ 記入内容確認のお電話をさせて頂く場合があります
- ※ 同意書に不備がある場合にはカウンセリングを受けられませんのでご注意ください
- ※ ご記入頂いた個人情報は同意確認のみに使用し、他の目的には使用致しません