

親権者同意書

私は、下記の未成年者の親権者（法定代理人）として、下記の未成年者が貴店の行う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(法定代理人) 氏名		続柄 ()
記入日	年	月 日
住所	〒	
連絡先		

*必ず親権者本人が署名・押印して下さい

契約者(未成年者) 氏名	
住所	〒
生年月日	年 月 日生 (歳)
連絡先	

サロン名

住 所

電話番号

T204-1106 沖縄県うるま市石川823-12 1F

 **Shino** シャイン
代表 中 村 仁 美
TEL 080-6494-3655