

# 親権者様 各位

平素は格別のご愛顧をいただき、まことに有難うございます。

弊社では、未成年のお客様が親権者様のご同席なく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。

※中学生以下のお客様は親権者様同伴のうえ、ご来店お願いいたします。

下記書式をプリントアウトまたは下記承諾書と同一の内容でご記入いただいた書面に親権者(法定代理人)様(1名)のご署名・ご捺印のうえ、初回ご来店時にご持参ください。承諾書のご持参がない場合、当日はご利用いただけません。

## 【サービス提供に際してのご注意】

下記に該当される場合はサービスをお受けいただけません。  
事前にご確認をお願いいたします。

- 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・光原生てんかん
- ④ペースメーカー等ご使用の方 ⑤後天性免疫不全症候群 ⑥白斑・尋常性白斑がある方

※その他、お客様の体質・体調によりサービスを提供できない場合がございます。

ご不明な点がございましたら当サロンTEL 090-6127-7514 までお問合せください。

## セルフ脱毛サロンリセルフ承諾書

セルフ脱毛サロンリセルフ 御中

氏名・生年月日

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として未成年者がセルフ脱毛サロンリセルフにおいてプラン(または、その他広告掲載プラン等の場合を含む)を受ける事を承諾します。

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者(法定代理人)様の住所・連絡先・氏名

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)