

EXCARAT 御中

西暦 年 月 日

## 親権者（法定代理人）同意書

私は、下記の者（未成年者）の親権者（法定代理人）として、貴店の行うエステティックサービス(脱毛)を受けることを同意いたします。

★親権者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 ( )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 記

★未成年者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※本書の記入については、全ての項目を親権者様が記入、押印ください。

### ★店舗使用欄

受領日		店舗名	店
担当者名		会員番号	