

未成年者 同意書

(乙) 年 月 日

サロン名 Eye's More 国立店

住 所 東京都国立市中1-17-27 5F

TEL 042-505-5993

私(甲)は貴店(乙)の行う施術()に対して保護者の同意の元、乙からの事前カウンセリングで施術の内容と起こりうるトラブル等を十分理解したうえで施術を行います。

契約者氏名(甲)			
生 年 月 日	年 月 日生	年齢	
住 所	〒		
電 話 番 号			

●同意者 ※親権者ご本人が署名をお願いいたします。

____ 施術日 年 月 日

親権者 氏名 _____ 契約者との続柄 _____

住所 _____

連絡先 _____