

保護者同意書

Relight 御器所店

私は、保護者として、(お客様氏名) _____ が、

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

脱毛 ・セルフホワイトニング ・セルフエステ ・セルフハイフ の

※受ける施術に○をお願いします。

施術受けることに同意いたします。

施術に対する注意点やリスクを理解、同意いたします。

(同意書記載日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ (自署) 印 (サイン可)

続柄 ()

住所 (〒 _____)

電話番号 _____ (保護者様携帯番号または緊急連絡先)

【保護者の方へのお願い】

* 20 歳未満の方は必ず同意が必要となります。必ず保護者の方の直筆でご記入ください