

親権者様各位

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。

弊社では、未成年のお客様が親権者様のご同席なく脱毛サロンシースリーの脱毛施術を受けられる場合、親権者（法定代理人）様の承諾をいただいております。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（2名）の**ご署名・ご捺印の上**、無料カウンセリング時にご持参ください。**承諾書のご持参がない場合、当日はお申し込みいただけません。**次回ご持参時の申込みとなります。

【コース提供に際してのご注意】

下記に該当される場合は、コー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・光原性てんかん 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・体調によりコースをご提供できない場合がございます。

親権者同意書

株式会社ビューティースリー御中

ご記入日  (西暦)年 月 日

私は、下記未成年者の親権者（法定代理人）として、下記の未成年者が株式会社ビューティースリーの運営する全身脱毛専門店シースリーにおいて、未成年者（契約者）が貴社とエステティックサービスに関する契約及びそれに附随する個別契約（同意事項を含みます。）の締結をすることについて、あらかじめ同意致します。

記

■未成年者（契約者）

※必ず親権者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名 姓 名 様 印 生年月日  (西暦)年 月 日

住所 都道府県  市区町村  丁目  番  号  
号棟  号室  建物名

連絡先 TEL (  ) 携帯 (  )

■法定代理人親権者 1

※必ず親権者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名 姓 名 様 印 続柄  生年月日  (西暦)年 月 日

住所 都道府県  市区町村  丁目  番  号  
号棟  号室  建物名

連絡先 TEL (  ) 携帯 (  )

■法定代理人親権者 2

※必ず親権者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名 姓 名 様 印 続柄  生年月日  (西暦)年 月 日

住所 都道府県  市区町村  丁目  番  号  
号棟  号室  建物名

連絡先 TEL (  ) 携帯 (  )

以上