

親権者同意書

私は、下記の未成年者の親権者（法定代理人）として、下記の未成年者が貴店の行うエステティックサービスを受けることを承諾します。

親権者(法定代理人) 氏名	<input type="text"/>	続柄 ()
記入日	年 月 日	
住所	〒 <input type="text"/>	
連絡先	<input type="text"/>	

*必ず親権者本人が署名・押印して下さい

契約者(未成年者) 氏名	<input type="text"/>
住所	〒 <input type="text"/>
生年月日	年 月 日生 (歳)
連絡先	<input type="text"/>

サロン名 REGINA 比屋根店
住 所 沖縄県沖縄市比屋根3丁目4-10
シエロアチェロ1F
電話番号 080-6499-2087