

エステティックサービスに関する同意書

親権者様、ご家族様各位

平素より格別のご愛顧いただき誠にありがとうございます。

弊社では、未成年のお客様がカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、親権者様（法定代理人）にご同席をいただいております。カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、以下項目をご記入いただき、親権者様またはご家族様のご署名・ご捺印をお願いいたします。ご契約者様に本同意書をお渡しいただき、ご来店時に必ずお持ちくださいますようお願い致します。

記入日 西暦 年 月 日

株式会社ビーイノベーション 御中

■契約者様

氏名： 生年月日：西暦 年 月 日（満 歳）

住所：〒

私は、上記契約者が株式会社ビーイノベーションの運営するセルフッシュビューティーとの間で契約を締結し、エステティックサービスを受けることを同意します。

■親権者様(法定代理人)

※必ず親権者様またはご家族（父母）ご本人の「自署」及び「ご捺印」が必要となります。

続柄：

氏名： 印

住所：〒

連絡先：

受領日	年 月 日	備考	
担当者			