

親権者様各位

親権者様の同意について

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(18歳未満)のお客様とのご契約前にご本人様の体質や持病、疾患、治療履歴、その他サービスをご提供するにあたり非推奨となる事由の有無およびその程度について十分なヒアリングを行い、親権者様の同意を頂戴しております。

また、ご契約の際は親権者様(法定代理人)のご同伴をお願いしております。ご同伴が難しい場合は、電話にて親権者様のご本人様確認と同意確認をさせていただきますので予めご了承ください。

« エステティックサービスについてのご注意点 »

下記に該当される方は、弊社の運営するエステティックサービスをお受けいただけません。予めご了承ください。

①日光・紫外線アレルギー ②日光過敏症 ③ケロイド体质 ④てんかん

※その他、お客様の体质・体調により、施術およびご契約をお断りする場合がございます。

親権者(法廷代理人)同意書

HealingDetox RELUCKRY 御中

年 月 日

(フリガナ)

ご契約者様氏名

〒

住 所

生年月日

西暦 年 月 日生 (満 歳)

私は、上記契約者の親権者として、貴社が運営するエステティックサロンにおいて、上記契約者がエステティックサービスを受けることを承諾します。

親権者様氏名

印 (続柄)

生年月日

西暦 年 月 日生

電話番号

〒

住 所

※本書の記入については、全ての項目を親権者(法定代理人)様がご記入ください。

※本書の持参がない場合は、ご契約をお断りさせていただきます。

※親権者(法定代理人)様のご来店がない場合、内容確認のお電話をさせていただきます。お電話に出られない場合や同意いただけない場合はご契約いただけません。

※親権者(法定代理人)様にご同伴いただけない場合、親権者(法定代理人)様の身分証(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、健康保険証等)のコピーを添付してください。

※ご記入いただいた個人情報は、ご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

■サロン使用欄

受領日	年 月 日	担当者
電話確認時間	午前 / 午後	時 分