

未成年者の施術に関する同意書

令和 年 月 日

(己) Beauty salonotto

渋谷区恵比寿南 2-3-11 グレース青山 4.5F
03-6303-4434

平素は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、未成年のお客様とのご契約にあたり、ご本人様の体質や特病、治療履歴の有無及び程度について十分なヒアリングを行うと共に、親権者様の同意を頂戴しております。

【エステティックサービスについての注意点】

下記に該当される方は弊社の運営する光フェイシャルをお受けいただけません、予めご了承下さいませ。

①日光・紫外線アレルギー ②日光過敏症 ③ケロイド体质

※そのほかお客様の肌質体調により施術をお断りする場合がございます。

契約者氏名（甲）/フリガナ				
生年月日	年	月	日	年齢
住所	〒	—		
電話番号	—	—		

同 意 書

※親権者ご本人が署名・押印して下さい。

年 月 日

フリガナ	印	契約者との続柄
親権者氏名		
住所	〒	—
連絡先		