

未成年契約同意書

令和 年 月 日

元町脱毛フルーツフルライフ 御中

私は、下記の未成年者の親権者(法廷代理人)として
貴店で行われる以下のトリートメント内容を承諾し、契約に同意致します。

未成年者氏名

生年月日

(西暦)

年

月

日

住 所

電話番号

店舗記入欄	コース内容	金 額

令和 年 月 日

親権者氏名

①

続柄

住所

電話番号

※親権者ご本人が、署名・捺印してください。