

未成年者同意書

(乙) 年 月 日

サロン名 With matsuoka 光の森店

住所 菊陽町光の森1-17-6

TEL (096)232-5858

私は、貴店の行うエステティックサービスに対し、甲乙間においての施術を受けることに同意します。

施術者氏名 (甲)			
生年月日	年 月 日生	年 齡	
住所			
電話番号			

●同意者

※親権者ご本人が署名・押印して下さい。

年 月 日

親権者

氏名



契約者との続柄

住所

連絡先