

MEN'S UP 御中

未成年者施術についての保護者の同意書

私は、(施術を受ける方の名前) _____ が、
(施術名) _____ の施術を受けることを、
親権者として同意します。

同意書記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

受施者

住所： _____
氏名： _____
連絡先： _____

親権者

住所： _____
氏名： _____
連絡先： _____
受施者との関係： _____

- ・16歳未満の方が施術を受ける場合は、親権者の同行もお願いいたします。
- ・施術の際は同意書をご持参いただいた上、親権者にお電話で確認いたします。

東京都渋谷区渋谷 3-26-17
渋谷デュープレックスビズ 6F
MEN'S UP
TEL : 03-5962-6090