

親権者同意書

年 月 日

神楽坂美容クリニック タテバ芍薬 御中

法定代理人

住 所 _____

電 話 _____

親 権 者 _____ 印

申込者との関係 _____

下記申込者が、下記の施術を受けることを、法定代理人親権者として同意致します。

記

申込者（未成年者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日（満 歳）

施 術 名 _____

連 絡 先 _____

連帯保証人様の個人情報には以下の目的で利用させていただきます。

- ・ 必要に応じ、施術等に関する情報を提供する事。
- ・ 施術等に関する情報を郵便物、電話、電子メール等により連絡する事。