

親権者様各位

弊社では、未成年のお客様（以下「未成年者」といいます。）が親権者様のご同席の有無に関わらずカウンセリング及び当メニューを受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご同意を頂いております。  
なお、親権者様のご同席が難しい場合、本同意書に親権者ご本人がご署名・ご捺印の上、未成年者様にお渡し  
させていただきますようお願い申し上げます。カウンセリング当日に弊社担当カウンセラーから法定代理人親権  
者様へ確認のご連絡をさせて頂く場合がございます、ご了承くださいませ。

記入日 年 月 日

## 親権者（法定代理人）同意書

Belle 御中

利用者様（未成年）

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 西暦 年 月 日（満 歳）

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_

私（法定代理人親権者）は、上記の未成年者（利用者）の親権者として、内容を承諾し、弊社が運営するサービスを受  
けること、利用することを承諾します。

また、上記利用者の行為により当サロンおよび第三者に与えた損害については、私が賠償の責に任ずることを誓約いた  
します。

法定代理人保護者様

利用者様（未成年）

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

生年月日 西暦 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_ 以上

スタッフ記入欄	受領日	年	月	日	担当者名
---------	-----	---	---	---	------

脱毛サロンBelle-ベル- 山口県下松市大字山田152