

親権者様 各位

平素は、格別のご愛顧をいただき、誠にありがとうございます。

BRILLIANCE では、未成年のお客様が親権者様のご同席の有無に関わらず、当サロンのメニューの施術を受けられる場合、親権者様のご同意を事前に頂いております。

下記書式【親権者同意書】をプリントアウト又は下記同意書と同一内容でご記入いただいた書面に、親権者様1名がご署名・ご捺印の上、施術当日に必ずご持参下さいますようお願い申し上げます。

※【親権者同意書】のご持参がない場合、施術をご提供できません。

※その他、お客様の体質・体調により施術のご提供ができない場合がございます。

※施術当日に担当施術者から親権者様へ確認のご連絡をさせていただく場合がございます。

必ず、親権者様のご署名欄にごございます連絡先のご記入をお願い致します。

親権者同意書

BRILLIANCE 御中

令和___年___月___日

【施術を受けられる方のお名前】

【ご生年月日】

氏名 _____

西暦 _____年___月___日（ ___歳）

私は、上記未成年者様の親権者として、上記の未成年者が BRILLIANCE において、ブラジリアンワックスワックス脱毛・光脱毛・光フェイシャルを受けることを承諾します。施術のサービスによる技術者は、一切の免責を迫わないことを承諾します。

【親権者の住所・氏名】

〒 _____

【連絡先（電話番号）】

【氏名】

続柄（ _____ ）

⑩