

親権者（法定代理人）同意書

Rinato Beauty Clinic 御中

ご契約者様の氏名 氏名_____

ご契約者の生年月日 _____年____月____日（ 歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）として、契約者が Rinato Beauty Clinic において脱毛治療の契約と施術を受けることに同意します。

記入日_____年____月____日

親権者氏名 氏名_____（続柄：_____） 印

親権者住所 _____

親権者電話番号 _____

※親権者様ご本人が署名・捺印してください

※記入内容確認のお電話をする場合があります

※同意書に不備があるときはカウンセリングを受けられませんのでご注意ください

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません