親権者様 各位

平素は格別のご愛顧をいただき、まことに有難うございます。

弊社では、15歳以上（中学生を除く）の未成年のお客様が親権者様のご同席なくコースまたは、その他の広告掲載コース等を受けられる場合、親権者（法定代理人）様の承諾をいただいております。下記書式をプリントアウトまたは下記承諾書と同一の内容でご記入いただいた書面に親権者（法定代理人）様（1名）のご署名・ご捺印のうえ、無料カウンセリング時にご持参ください。承諾書のご持参がない場合、当日はお申込みいただけません。次回ご持参時のお申込みとなります。

【コース提供に際してのご注意】

下記に該当される場合はコースをお受けいただけません。事前にご確認をお願いいたします。

①光・紫外線アレルギー　②日光過敏症　③光過敏性てんかん・光原生てんかん

④ペースメーカー等ご使用の方　⑤後天性免疫不全症候群　⑥白斑・尋常性白斑がある方

※その他、お客様の体質・体調によりコースを提供できない場合がございます。

ご不明な点がございましたら当サロン **TEL 070-4307-9421** までお問合せください。

●15歳以上（中学生を除く）の未成年のお客様

※15歳（中学生を除く）～17歳または高校生・高専生の18・19歳のお客様が承諾書をご持参の場合、親権者様へ電話確認をさせていただきます。

メンズ専門脱毛サロンレクゼ　プラン承諾書

メンズ専門脱毛サロンレクゼ　御中

プランを受けられる方の氏名・生年月日

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日 西暦　　年　　月　　日（　　歳）

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として上記の未成年者が**メンズ専門脱毛サロンレクゼ**においてプランのコース（または、その他の広告掲載コース等の場合を含む）を受けることを承諾します。

同意日　　年　　月　　日

親権者（法定代理人）様の住所・連絡先・氏名

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（連絡先）TEL　　―　　―　　携帯電話　　―　　―

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　（続柄　　）

【サロン使用欄】

プラン名	箇所	回数	金額	受領	/ /	電話確認	/ /
							担当