

## 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。

当院では、未成年のお客様が親権者様(法定代理人)のご同席なく、カウンセリング及び脱毛施術を受けられる場合、親権者様の承諾をいただいております。親権者様のご同席が難しい場合は、下記承諾書にご署名・ご捺印の上、当院に必ずご持参するようにお伝え願います。

尚、カウンセリング当日に承諾書のご持参がない場合は、当日の脱毛施術及びコースの購入ができません。

### 【脱毛施術に際してのご注意】

下記に該当される場合は、脱毛施術をお受けいただけません。事前にご確認をお願いします。

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 ④ペースメーカー等ご利用の方 ⑤白斑症

※その他、お客様の体質・体調により施術ができない場合がございます。

※カウンセリング当日に担当カウンセラーから親権者様へ確認のご連絡をさせていただきます。当日のお電話が難しい場合は事前にお電話をお願い致します。またその場合でも承諾書は必要になります。

## 承諾書

### 骨盤キュア整骨院

お名前 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日 ( 才)

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**骨盤キュア整骨院**においてエステティックサービスを受けることを承諾します。

記入日 20 年 月 日

親権者（法定代理人）の住所・氏名

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

Tel \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

サロン使用欄

受領日：

担当者名：