

## <未成年者親権者承諾書>

年 月 日

クリニカルサロン シーズ・ラボ御中

申込者が下記の施術を受けることに親権者として同意し、署名致します。

施術名

申込者氏名			
住所			
連絡先			
生年月日	西暦 年 月 日	満	歳

法定代理人氏名 ※親権者様の直筆にて ご署名ください	㊞		
住所			
連絡先			
申込者との続柄			