

親権者同意書

私は下記の未成年者が【SAISON】にて施術を受けることに同意します。

20 年 月 日

氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____

電話番号 _____

親権者氏名 _____ 続柄 () _____

生年月日 _____

住所 _____

電話番号 _____

親権者ご本人様にご署名をお願いします。

お願い

初回カウンセリング時にご持参下さい。ご持参されない場合は当日の施術はできません。なお、できる限り親権者様にはカウンセリング時にご同席頂けますようお願いいたします。小学生・中学生の方は毎回の付き添いをお願いしております。また、ホームページにおきまして禁忌事項や注意点などを記載しておりますのでご覧下さい。

SAISON