

親権者同意書

平成 年 月 日

店名: メンズ脱毛サロン パルズ
住所: 群馬県伊勢崎市連取町1538
電話: 0270-61-8884

私は、下記の契約申込書（未成年）の法定代理人として、
以下のサービス契約を結ぶことに同意します。

年齢確認方法: 保険証 免許証 パスポート 他()

担当者名: 確認: 平成 年 月 日 (時)

◆ご契約についての内容

契約総額	
役務回数	
契約期間	
お支払い方法	現金・クレジット(支払い回数 回)・その他()

◆法定代理人(法定代理人(親権者など)必ずご本人による自署および捺印をしてください)

法定代理人名	印	続柄	
住所	電話番号 ()		
法定代理人名	印	続柄	
住所	電話番号 ()		

◆契約申込者本人による自署となります

契約者名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			