

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。

弊社では、未成年のお客様がエステティックサービスの契約と施術を受ける場合本同意書にて親権者様（他に共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表者とします）のご同意をいただいております。

医療機関提携サロンCOALALU 麻布十番本店

未成年者契約同意書

医療機関提携サロンCOALALU 御中

ご契約者様の氏名 氏名

ご契約者様生年月日 西暦 年 月 日（ 歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が共同親権者の代表者）として、契約者が医療機関提携サロンCOALALUにおいてカウンセリングを受け、エステティックサービス（脱毛・ハイフ・毛穴・シミ・トータルエイジングケア）の契約を締結して施術を受けることに同意します。

※代金の支払いに親権者の口座を使用する場合は、親権者名義の預金口座から振替されることに同意します。

西暦 年 月 日
親権者氏名 氏名（続柄： ）^①

親権者住所 住所

親権者電話番号 番号

※親権者様ご自身が記入・署名・捺印してください

※同意書に不備があるときはカウンセリングを受けられませんのでご注意ください

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。

COALALU【コアラル】麻布十番

港区麻布十番2-19-8ポヌール麻布十番301 電話番号：03-6722-0222

株式会社COALALU

代表取締役 佐々木笑璃

本社 東京都港区麻布十番2-19-8 ポヌール麻布十番301

