

年 月 日

## 親 権 者 同 意 書

この度はリムーバルサロン【ファクトリー】をご利用いただきまして誠に有難うございます。

脱毛の施術にあたり、未成年者のお申し込みの為、法定代理人（親権者等）として

下記のとおりご同意いただきますようお願い申し上げます。

（ご本人氏名） \_\_\_\_\_ が、脱毛施術をすることに同意します。

法定代理人（親権者等） 住所

氏名

ご本人との間柄

ご署名

印

お手数をおかけいたしますが、施術前にご提出いただきますよう、お願いいたします。

**factory**  
removal salon

リムーバルサロン【ファクトリー】  
富山市経堂217-29  
ヨーロッパアンチャーレ経堂 C - 3  
090-8266-0728