

親権者（法定代理人）同意書

Artmakepro 提携院 御中

ご契約者様の氏名 _____ 様

ご契約者の生年月日 _____ 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 Artmakepro 提携院においてアートメイク施術の契約と施術を受けることに同意します。また、施術に伴う注意事項・リスク・契約内容等すべての事項を契約者と共有し、全責任を負うことを承諾します。

年 月 日

親権者氏名 氏名 _____（続柄： _____） 印

親権者住所

親権者電話番号

※親権者様ご本人が署名・捺印してください。

※記入内容・契約内容に関し、電話にて確認させていただく場合があります。

※同意書に不備がある際はカウンセリング・施術をお断りする場合がございます。

※ご記入いただいた個人情報をご契約の同意確認にのみ使用し、他の目的には使用しません。