サロン記入欄

会員番号

## 保護者様の同意について

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(18歳未満)のお客様との契約にあたり、ご本人様の体質や持病、疾患、治療履歴その他サービスを受ける障害となる事由の有無および程度について十分なヒアリングを行うとともに、保護者様の同意を頂戴しております。

また、お客様が未成年の場合、ご来店ごとに保護者様(法定代理人)のご同伴をお願いしております。未成年のお客様のみでご来店された場合に起きた問題に関しましては、当社では一切責任を負いかねますのでこ了承くださいませ。

## 【エステティックサービスについてのご注意点】

下記に該当される方は、弊社の運営するエステティックサービスをお受けいただけません。予めご了承くださいませ。

①日光・紫外線アレルギー ②日光過敏症 ③ケロイド体質 %その他、お客様の体質・体調により、施術およびご契約をお断りする場合がございます。

		<b>未</b>	<b>双年者</b>	契約承諾	書			
株式会社Love&B	Sauty 御中							
	(フリガラ	<del>/</del> )						
ご契約者様 お名	前						_	
ご契約者様 生年ル	月日	í	Į.	月	日生(満	歳	)	
保護者様 ①					保	護者様 ②		
私は、上記契約者の ティックサロンにおい スを受けることを承	いて、上記契約者:			ティックサ	記契約者の保護 トロンにおいて、上 ることを承諾しま	ニ記契約者が		
ティックサロンにおい	いて、上記契約者:			ティックサ	ロンにおいて、上	ニ記契約者が	エステティッ	
ティックサロンにおり スを受けることを承	いて、上記契約者: 諾します。	がエステティッ	<i>ッ</i> クサービ	ティックサ スを受け <sup>、</sup>	ロンにおいて、上	ニ記契約者が ⋮す。	エステティッ	<i>י</i> クサービ
ティックサロンにおり スを受けることを承 記入日	いて、上記契約者: 諾します。 年	がエステティッ	クサービ 日	ティックサ スを受け 記入日	ロンにおいて、上	ニ記契約者が です。 年	エステティッ	クサービ 日
ティックサロンにおり スを受けることを承 記入日	いて、上記契約者: 諾します。 年	がエステティック	カタサービ 日 日	ティックサ スを受け 記入日	ロンにおいて、上	ニ記契約者が です。 年	アステティック 月	クサービ 日
ディックサロンにおり スを受けることを承 記入日	いて、上記契約者: 諾します。 年	がエステティック	カタサービ 日 日	ティックサ スを受け 記入日 氏名	トロンにおいて、上 ることを承諾しま 	ニ記契約者が です。 年	アステティック 月	クサービ 日
ディックサロンにおり スを受けることを承 記入日	いて、上記契約者: 諾します。 年	がエステティック	カタサービ 日 日	ティックサ スを受け 記入日 氏名	トロンにおいて、上 ることを承諾しま 	ニ記契約者が です。 年	アステティック 月	クサービ 日

契約番号