

## 同意書

私は、契約者の法定代理人（契約者が未成年の場合で、他に共同親権者がいる場合は、私が共同親権者の代表者）として、エステティックサロン Total Beauty Salon Avanti で行われる技術サービスを受ける事をこの書面にに基づき、あらかじめ同意します。

記入日 西暦 年 月 日

●法定代理人ご本人がすべてご記入ください。

法定代理人名 (親権者など)	(フリガナ)	印	続柄			
	氏名					
法定代理人の 住 所	〒	連絡先電話番号				
	—	( ) —				
契約者名 (未成年者など)	(フリガナ)					
	氏名					
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
契約者の 住 所	〒	—				

Total Beauty Salon Avanti  
所在地 東京都新宿区新宿 1-35-3  
AXIA 新宿御苑 507  
電話番号 03-4500-7700

当社使用欄