

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親権者様のご同席なく、メンズ脱毛サロンBLOWのカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、本承諾書にて親権者（法定代理人）様の承諾をいただいております。カウンセリング時に親権者様の同席が難しい場合は、下記項目をご記入いただき、親権者様1名のご署名・ご捺印のうえ、ご来店時に必ずご持参くださいますようお願いください。

【脱毛に関する注意事項】

下記に該当される場合、脱毛サービスをお受けいただけません。事前にご確認をお願い致します。

- ①光・紫外線アレルギーの方 ②白斑・尋常性白斑症の方 ③ケロイド体質の方
- ④ペースメーカー等ご使用の方 ⑤光過敏症てんかん・光源性てんかんの方
- ⑥後天性免疫不全症候群の方

※その他、お客様の体質・体調により脱毛サービスをご提供できない場合がございます。

ご不明な点がございましたら当店までお問い合わせください。(TEL 011-792-1270)

親権者様同意書

株式会社BLOW 御中

ご本人様 氏名 _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として上記の未成年者が株式会社BLOWの運営するメンズ脱毛サロンBLOWにおいて脱毛サービスを受けることに同意します。

親権者（法定代理人） _____ 記入日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 印 続柄 (_____)

住所 _____

TEL _____ - _____ - _____ / 携帯 _____ - _____ - _____

【サロン使用欄】

受領日	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日	電話確認	AM・PM _____ 時 _____ 分
会員番号		担当者	