

# 未成年者契約同意書

西暦 年 月 日

## ZERO BEAUTY

私は、貴店の行うエステティックサービスに対して、貴店より事前に提供された書面に基づき、エステティックサービス契約者記載の内容を承認の上、契約申込みに同意します。

### ◆申込者 記入欄

契約者氏名	フリガナ		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒 ー 都道府県		
電話番号			

### ◆保護者 記入欄

保護者氏名	フリガナ	続柄	
(契約者と住所・電話番号が異なる場合は、下記にご記入下さい。)			
住所	〒 ー 都道府県		
電話番号			

※必ず保護者様ご本人が署名・捺印してください。

ワックス脱毛 & 光美容脱毛  
**ZERO BEAUTY**

豊島区池袋2丁目23-2 ビル de シャンテ4階  
TEL: 03-5985-4568