



令和 年 月 日

親 権 者 同 意 書

未成年者様の表示

住 所：
氏 名：
年 齢：

施術内容の表示

名 称：
期 間：
料 金：

私たちは、上記未成年者様の表示記載の未成年者様が、上記施術内容の表示記載の施術を貴社 RINX 店において受けることに同意します。

親権者様 住 所： _____

氏 名： _____ 印

親権者様 住 所： _____

氏 名： _____ 印