

# 未成年者契約同意書

私は、下記未成年者（契約者）の親権者（法的代理人）として、  
未成年者が貴店において  
セルフホワイトニングを受けることをあらかじめ同意致します。

契約者氏名	
生年月日	
住 所	
電話番号	

20 年 月 日

親権者氏名	印	続柄	
住 所			
連絡先			

〈備考〉※契約内容・日付・料金など

--

※ 親権者ご本人が署名・押印してください。

サロン名	トータルケアサロン Rin'ne
住 所	〒560-0021 豊中市本町1-12-2 松岡ビル2F
電話番号	06-6152-9538

Total Care Salon  
トータルケアサロン・リンネ

Rin'ne