

ブラジリアンワックス（ワックス脱毛）同意書

Brazilian wax SABLE 御中

ワックス脱毛を受ける方のお名前
生年月日
年 月 日 (歳)

1.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がBrazilian Wax SABLEにおいて、ブラジリアンワックス脱毛（ワックス脱毛）を受けることを承諾します。

2.ワックス脱毛のサービスによる技術者は一切の責任を追わないことを承諾します。

同意日 西暦 年 月 日

親権者（法定代理人）の住所・氏名

住所	
連絡先TEL 自宅 ()	携帯
名前	続柄