

## 親権者（法定代理人）同意書

TDC 御中

ご契約者様の氏名 氏名 \_\_\_\_\_

ご契約者の生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日（ \_\_\_\_歳）

私は、上記契約者の親権者（他に共同親権者がいる場合には。私が共同親権者の代表者）として、契約者が TDC において脱毛治療の契約と施術を受けることに同意します。

記入日 \_\_\_\_\_

親権者氏名 氏名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_） 印

親権者住所 \_\_\_\_\_

親権者電話番号 \_\_\_\_\_

※親権者様ご本人が署名・捺印してください

※記入内容確認のお電話をする場合があります

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみ使用し、他の目的には使用しません。