

同意書

私は、契約者の法定代理人（契約者が未成年の場合で、他に共同親権者がいる場合は、私が共同親権者の代表者）として、セルフホワイトニングサロン **WhiteningSpquare by Avanti** で行われる技術サービスを受ける事をこの書面に基づき、あらかじめ同意します。

記入日 西暦 年 月 日

●法定代理人ご本人がすべてご記入ください。

法定代理人名 (親権者など)	(フリガナ)	印	続柄	
	氏名			
法定代理人の 住 所	〒	—		
	連絡先電話番号 () —			
契約者名 (未成年者など)	(フリガナ)			
	氏名			
生年月日	西暦	年	月	日生
	年齢	歳		
契約者の 住 所	〒 —			

WhiteningSpquare by Avanti

所 在 地

東京都新宿区西新宿 7-17-10

新宿ダイカンプラザ B 館 905

電話番号

03-4500-7700

当社使用欄