

親権者様等 各位

平素は、格別のご愛顧をいただき誠にありがとうございます。

弊社では、15歳（中学生を除く）～19歳のお客様が親権者様等（親権者、法定代理人、親またはこれに代わる保護者）のご同席なくエピラッシュ ファーストプラン又はその他の広告掲載のコース等（以下、総称して「エピラッシュ ファーストプラン」といいます）を受けられる場合、親権者様等の承諾をいただいております。下記書式をプリントアウトまたは下記承諾書と同一の内容でご記入いただいた書面に、親権者様等（1名）にご署名・ご捺印をいただき、無料カウンセリング時にご持参ください。承諾書のご持参がない場合、当日はお申し込みいただけません。次回ご持参時のお申し込みとなります。なお、無料カウンセリングの当日に、エピラッシュ ファーストプラン以外のご契約をご希望の場合は、親権者様等のご同席が必要となります。

<コース提供に際してのご注意>

下記に該当される場合は、コースをお受けいただけません。事前にご確認をお願いいたします。

- ①光・紫外線アレルギー ②日光過敏症 ③光過敏性てんかん・光原性てんかん ④ペースメーカー等ご使用の方
⑤後天性免疫不全症候群 ⑥白斑・尋常性白斑がある方

※その他、お客様の体質・体調によりコースをご提供できない場合がございます。

ご不明な点等ございましたらTBC お客様相談室（0120-707-434）までお問合せください。

【15歳（中学生を除く）～19歳のお客様 エピラッシュ ファーストプラン用】

*15歳（中学生を除く）～17歳又は高校生・高専生の18・19歳のお客様がこの承諾書をご持参の場合、ご署名いただいた親権者様等へ電話確認をさせていただきます。

エピラッシュ ファーストプラン承諾書

TBCグループ株式会社 御中

(ファーストプランを受ける方のお名前) (生年月日)

氏名 _____ 西暦 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (才)

私（上記の者の親権者、法定代理人、親、保護者）は、上記の者が、TBCグループ株式会社の運営するMEN'S TBCサロンにおいてエピラッシュ ファーストプランのコース（又は、その他の広告掲載コース等を含む）を受けることを承諾します。

承諾日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

親権者様等の住所・ご署名

住所 _____

(連絡先) TEL _____ 携帯 _____

ご署名 続柄 () 氏名 _____

印

【サロン使用欄】

プラン名	箇所	回数	金額	受領	/ /	電話 確認	/ /