

同意書

令和 年 月 日

Eyelash Salon Blanc

店 御中

私は、保護者としてEyelash Salon Blancで行う
全ての施術、ケアメニューに同意致します。
記

施術名	全メニュー及びケアメニュー		
-----	---------------	--	--

氏名			
ご生年月日		年齢	歳
ご住所			
ご連絡先			

保護者氏名				印
続柄				
ご住所				
ご連絡先				
携帯電話番号				

以上