

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 での下記施術に同意致します。

記

施術名	まつげエクステンション及びアイブロウ・まつげカール
-----	---------------------------

ご氏名			
ご生年月日			
ご住所			
ご連絡先			

保護者氏名	⑩		
続柄			
ご住所			
ご連絡先			
携帯電話番号			

以上