

# 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 | まつ毛エクステンション・まつ毛カール<br>美眉WAXスタイリング・美眉グロウラミネーション |
|-----|--|

|       |     |   |   |
|-------|-----|---|---|
| ご氏名   |     |   |   |
| ご生年月日 | 年   | 月 | 日 |
| ご住所   | 〒 - |   |   |
| ご連絡先  |     |   |   |

|        |     |  |  |
|--------|-----|--|--|
| 保護者氏名  | Ⓜ   |  |  |
| 続柄     |     |  |  |
| ご住所    | 〒 - |  |  |
| ご連絡先   |     |  |  |
| 携帯電話番号 |     |  |  |

以上