

同意書

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 |
|-----|--------------------|

| | | | |
|-------|-------|----|---|
| ご氏名 | | | |
| ご生年月日 | 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 | |

以上