

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