



未成年者施術同意書

アイラッシュサロン『zizz』 御中

年 月 日

私は、アイラッシュサロン『zizz』の施術に同意致します。

※同意書へのご記入及び、捺印は保護者の方が行ってください。

【 施術を受ける方 】

氏名

生年月日

住所

電話番号

保護者 氏名

印

続柄 ()

住所

電話番号