

未成年者施術同意書

まつげエクステサロン「アイズ」宛

西暦 年 月 日

私は保護者として、まつげエクステサロン「アイズ」での施術に同意致します。

施術を受ける本人

氏名	
生年月日 年齢	西暦 年 月 日 歳
住所	
電話番号	

保護者

氏名		印
生年月日 年齢	西暦 年 月 日	歳
住所		
電話番号		
続柄		