

施 術 同 意 書

eyelash salon YUSYURE 殿



下記の申込者(未成年者)に対して行われる

まつ毛エクステ

まつ毛カール

その他サイドメニュー

* 該当する施術に☑をお願いします。

施術に同意をします。

年 月 日

* 申込者氏名 : _____

生年月日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

* 保護者氏名 : _____ 印

電話番号 : _____ (_____) _____