

SAKURA

Eyelash Salon

未成年者施術同意書

西暦 年 月 日

私は保護者として、アイラッシュサロン
SAKURA 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	西暦 年 月 日 歳
住所	
電話番号	

保護者

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

※同意書へのご記入は保護者の方の直筆でお願いいたします。