

Eyelash & Haircolor *clarus* 宛

年 月 日

同意書

私は、保護者としてEyelash Clarusでの下記施術に同意致します。

記

施術名	
-----	--

ご氏名			
ご生年月日	年 月	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