

Eyelash **avectoi**

宛

年 月 日

同意書

私は、保護者としてEyelash avectoi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