

年 月 日

eyelash egch宛

同意書

私は、保護者としてeyelash egchでの下記施術に同意いたします。

記

| | | | |
|-----|-------------|--|--|
| 施術名 | まつげエクステンション | | |
|-----|-------------|--|--|

| | | | |
|-------|-------|----|---|
| ご氏名 | | | |
| ご生年月日 | 年 月 日 | 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