

年 月 日

Eyelash salon Vivi 宛

同意書

私は、保護者として Eyelash salon Vivi での下記施術に同意致します。

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