

未成年者 施術同意書

まつげエクステ&美容室 綿帽子 宛

西暦 年 月 日

私は保護者として、「まつげエクステ&美容室 綿帽子」での施術に同意いたします。

〔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		⑩
生年月日	西暦 年 月 日	(歳)
住所	<input type="checkbox"/> 施術を受ける本人と同じ <input type="checkbox"/> 下記の通り 〒 -	
電話番号		
続柄		