

同意書

年 月 日

私は、保護者として(株)アレスクラボーテが運営するサロン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及びアイブロウ・まつげカール
-----	---------------------------

(ご本人様)

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒

(保護者様)

保護者氏名	
続柄	
住所	〒
連絡先	
携帯番号	

保護者署名欄
