

年 月 日

保護者同意書

私は保護者として下記の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
-----	-------------

氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			

保護者氏名				印
続柄				
住所				
連絡先		携帯		

以上

〒444-0837
愛知県岡崎市羽根西1丁目8-8
アップズ美容サロン
TEL 0564-83-9850