



Eye Zone Specialist



Diamond Lash



未成年者施術同意書

アイゾーン専門サロン「Diamond Lash」宛

西暦

年

月

日

私は保護者として、アイゾーン専門サロン
「Diamond Lash」での施術に同意致します。

■ 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	(印)	続柄	
生年月日	西暦	年	月 日 歳
住所	-----		
電話番号			

※同意書へのご記入は保護者の方の直筆でお願いします。