

施術同意書

ふりがな

施術を受けられる方のお名前

生年月日

西暦

年

月

日

年齢

歳

施術メニュー

(グリーンピール ・ フェイシャルエステ ・ まつ毛エクステ ・ まつげパーマ ・ 眉毛スタイリング)

私は、上記未成年者の親権者として ar firstにて美容施術を受けることに同意します。

保護者氏名：

同意年月日：

住所：（〒 - ）

氏名： _____ ⑩ 続柄()

お電話番号：
