



未成年者施術同意書

アイラッシュ&アイブローサロン Kafka 宛 西暦 年 月 日

私は下記申込者の保護者として、
アイラッシュ&アイブローサロンKafka
に於ける施術に同意致します。

◆申込者（施術を受けるご本人）

氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 歳
住所	
電話番号	

◆保護者

氏名		⑩	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をお願いいたします。