

年 月 日

DIAMANT by Miss eye d'or 宛

同意書

私は、保護者としてDIAMANT by Miss eye d'orでの下記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(西暦)	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			

保護者指氏名	印
続柄	
住所	
連絡先	

以上