

同意書

令和 年 月 日

私は、保護者として omi 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・まつげパーマ・アイブロウ WAX】

ご氏名	
ご生年月日	
ご住所	
ご連絡先	

ご氏名	(印)
続柄	
ご住所	
ご連絡先	
携帯電話番号	

以上