

bloom lash 宛

同意書

私は、保護者として bloom lashでの下記施術に同意致します。

記

施術名	まつげエクステンション		
-----	-------------	--	--

ご氏名			
ご生年月日	年 月 日	年齢	歳
ご住所			
ご連絡先			

保護者氏名	印		
続柄			
ご住所			
ご連絡先		携帯	

以上