

施術同意書

Consent Form

ray eye 宛

私は、下記の申込者（未成年）に対して行われる
rayeyeでの施術に同意致します。

該当する施術に☑をお願いします。

- アイラッシュ
- まつげパーマ
- スレッディング
- その他サイドメニュー

申込者氏名

生年月日

_____年 _____月 _____日（満 _____歳）

ご住所

ご連絡先

保護者氏名

印

続柄

ご住所

ご連絡先

以上