

# アイラッシュ及びネイルアート施術に伴う親権者同意書

平成 月 日

この度 が、アイラッシュ&ネイルサロンen.  
においてまつげエクステ、またはネイルアートを施術するに伴い  
親権者(法定代理人)として施術を受ける事に同意致します。

施術を受ける本人

氏名 \_\_\_\_\_

親権者

氏名 \_\_\_\_\_

印

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_