

同意書

※ 18 歳未満の方 ※

アイラッシュエクステンションの施術は、
保護者の許可を得て施術させていただいております。

RAISE 殿

私は、施術を受けるにあたり十分な説明、デザインカウンセリングを受け、また健康状態も正しく報告し内容を十分理解し同意したうえで自らの意志により施術を申し込みます。
また方法に従い、申し込み後（施術後）の処置について異議を申し立てません。

平成 年 月 日

保護者 _____ 印

本人 _____ 印