

未成年者施術同意書

株式会社プロケアラボ 御中

施術を受ける方のお名前 氏名 _____

施術を受ける方の生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として上記の未成年者が、
貴店(PROCARE Eyelash/PLURECIL)において、まつ毛エクステンション及びまつ毛カ
ールの施術を受けることを同意します。

記入日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者(法定代理人)の住所・氏名

氏名 _____ 印 続柄(_____)

(〒 _____)

住所 _____

TEL _____ 携帯 _____

※親権者ご本人が署名・押印して下さい。

【サロン使用欄】

受領日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

サロン名：PROCARE Eyelash/PLURECIL _____ 店 担当者名 _____