

記入日 平成 年 月 日

Angeli 宛

同意書

氏名 _____ 年齢 _____ 才

脱毛 ・ ジェルネイル ・ まつ毛エクステ ・
ボディトリートメント ・ フェイシャル

*いずれかに○をつけてください。

の施術を受ける事に同意いたします。

親権者氏名 _____ 印

続柄 _____

ご住所 〒 _____

連絡先 自宅番号 _____

携帯番号 _____

*お問合せは

Angeli 0120-964-408 まで