



## 未成年者施術同意書

アイゾーン専門サロン「DL BEAUTY」宛

西暦

年

月

日

私は保護者として、アイゾーン専門サロン  
「 DL BEAUTY 」での施術に同意致します。

### ■ 施術を受ける本人

氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 歳
住所	-----
電話番号	

### ■ 保護者

氏名		印	続柄	
生年月日	西暦	年	月	日 歳
住所	-----			
電話番号				

※同意書へのご記入は保護者の方の直筆でお願いします。