



未成年者（18歳未満）施術における親権者同意書

Eyelash salon Cloud9宛

西暦 年 月 日

この度、_____（施術を受ける本人）が
Cloud9においてまつげエクステ・ラッシュパーマを施術するに伴い、
親権者（法定代理人）として施術を受けることを同意致します。

◆施術を受ける本人

氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
住所			
電話番号			

◆親権者（法定代理人）

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