

■この用紙をプリントアウトして、下記ご記入のうえ、ご来店の際にお持ち下さい。

お名前 _____

ご住所 〒 _____

お電話 _____

Email _____



アートメイク・ソアラ

<受付時間> AM11:00-PM10:00
<定休日> 月曜日

〒192-0904
東京都八王子市子安町4-11-12
ライオンズプラザ八王子 204

TEL:042-621-4623
Mail:artmake@soara.info