**단아클리닉 체험단 모집**

bht0415@naver.com 으로 지원해주시면 되시며, 발표는 개인적으로 연락 갈 예정 입니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름** |  | **성별** | 남 여 |
| **나이** |  | **연락처** |  |
| **이메일주소** |  | **시술 가능일** |  |
| **사연** |  | | |
| **사진** | 휴대폰사진과 보정된 사진은 사용이 불가하며, 시술을 원하는 부위(얼굴)가 자세히 보일 수 있도록 정면․ 45도․ 측면 총 3장의 사진을 신청서와 함께 첨부하여 메일로 보내주세요.  사진 예시 \*피부 사진은 근접하게 찍어주세요.  정면라인.jpg 반측면라인.jpg 반측면라인.jpg  정면 45도 측면 | | |