

同意書

年 月 日

日本美容・医療クリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意いたします。

施術名

【 】

申込者氏名	
生年月日	年 月 日 年齢満 歳
住所	〒
連絡先	

法定代理人氏名	印
申込者との関係	
下記、お申込者ご住所とご連絡先が異なる場合はご記入ください	
住所	
連絡先	