

# 同意書

西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

かかみがはら形成外科クリニック 御中

記

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

以上

申込者氏名				
生年月日	西暦	年 月 日	年齢	歳
住所	〒			
連絡先	TEL			
施術名				

保護者氏名				⑩
申込者との続柄				
住所	〒			
連絡先	TEL			

※18歳未満の方は保護者の方のご同伴をお願いしております。

※18歳以上20歳未満の方は保護者の方の同意書をお持ちください。