

同意書

西暦 年 月 日

ビューティースキンクリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

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

法定代理人氏名	印			
申込者との関係				
(下記、お申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入ください。)				
住所	〒			
連絡先				