

# 同意書

西暦 年 月 日

もとび美容外科クリニック 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		
住所	〒	
連絡先		