

同意書

令和 年 月 日

IS 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 歳
住所	〒		
連絡先			

法定代理人 署名	
申込者との関係	
(下記、申込者住所と連絡先が異なる場合はご記入ください。)	
住所	
連絡先	