

同意書

平成 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						
施術名						

法定代理人氏名					
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					