

同意書

令和 年 月 日

あおばクリニック 福岡天神院 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

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 _____ (_____)