

同意書

平成 年 月 日

恵比寿美容クリニック御中

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			