

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 | 印 |
| 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 | |