

同意書

平成 年 月 日

天現寺クリニック銀座院御中

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	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

法的代理人氏名	印		
申込者との関係			
(下記、お申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入ください。)			
住所	〒		
連絡先			