同意書

年　　　月　　　日

横浜山手クリニック　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：　　　　　　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：

住所： 〒　　　　　　　　―

連絡先：　　　　　　　―　　　　　　　―