

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： _____ (印)

申込者との関係： _____

住所： 〒 _____

連絡先： _____