

同意書

令和 年 月 日

成城松村クリニック池袋院 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 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 _____ (_____) _____