

同意書

令和 年 月 日

芦屋デコルテクリニック 御中

申込者が貴院において下記の施術・治療を受ける事に同意します。

施術・治療名 _____

申込者氏名 _____

生年月日 _____

年齢 _____ 満 _____ 歳

住所 _____

電話番号 _____

保護者氏名（親権者） _____ 印

申込者との関係 _____

住所（申込者と異なる場合のみ記入）

電話番号(緊急連絡先) _____