

同意書

令和 年 月 日

アンジェール横浜クリニック 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	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

法定代理人氏名	印		
申込者との関係			
申込者と異なる場合は下記、ご記入下さい。			
住所	〒		
連絡先			

以上