

# 同意書

西新町二丁目クリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

## ◆申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	才
住 所	〒		
連絡先			
施術名			

## ◆保護者 記入欄

保護者氏名 (自署)	印		
申込者との関係			
(申込者と住所・連絡先が異なる場合は、下記にご記入下さい)			
住 所	〒		
連絡先			



西新町二丁目クリニック