

同意書

年 月 日

リアルクリニック 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：_____