

同意書

平成 年 月 日

伊藤志保皮膚科クリニック御中

申込者が貴院において下記の施術を受けることに同意いたします。

施 術 名

| | |
|-----------|----------|
| 申 込 者 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 年 齢 | 満 歳 |
| 住 所 | 〒 |
| 連 絡 先 | |

| | |
|------------------------------------|---|
| 法定代理人氏名（親権者） | 印 |
| 申込者との関係 | |
| *お申込み者のご住所、ご連絡先が異なる場合には下記にご記入ください。 | |
| 住 所 | 〒 |
| 連 絡 先 | |