

同意書

西暦 年 月 日

秋葉原スキンクリニック 御中

申込者が下記の施術を受けることに、同意します。

申込者の情報	
申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生まれ
年齢	満 歳
住所	〒
連絡先電話番号	
施術名	

法定代理人氏名	印
申込者との関係	
申込者と住所・連絡先が違う場合はご記入ください。	
住所	〒
連絡先電話番号	