

同意書

年 月 日

東京中央美容外科・美容皮膚科御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診察・施術を受けることに同意し、署名致します。

▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入ください。

保護者氏名 (自 書)				印
申込者との続柄				
住所 ※お申込者ご住所・ご 連絡先と異なる場合 はご記入ください。	〒			
連絡先				