

同意書

西暦 年 月 日

白山クリニック 宛

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術名

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

この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人がご記入ください。

法定代理人名	印
申込者との関係	

下記はお申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入ください。

住所 〒	
連絡先	