

同意書

池田ゆう子クリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として（申込者が未成年の場合で、他に共同親権者がいる場合、共同親権者の代表者として）申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

▼申込者 記入欄

申込者氏名				
生年月日	年	月	日	年齢 満
住所				
電話番号				
施術名				

▼法定代理人 記入欄 ※この欄は必ず法定代理人の方がご記入ください。

法定代理人名 (親権者代表者名等)	(自署)
申込者との続柄	
住所	
電話番号	
記入年月日	年 月 日

合は、
す。

歳

印

