

同意書

平成	年	月	日

イデア美容皮膚科クリニック 御中

申込み者が下記の施術を受ける事に同意致します。

お申込者氏名	
生年月日	西暦 年齢満 才 月 日
ご住所	〒
ご住所（建物名）	
ご連絡先	

ご希望の施術名	
法定代理人氏名（印）	（印）
お申込者との関係	
（下記、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。）	
ご住所	〒
ご住所（建物名）	
ご連絡先	