

# 同意書

年 月 日

リアルクリニック 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>

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： 満 \_\_\_\_\_ 歳

住所： 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

施術名： \_\_\_\_\_

<法定代理人>

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

申込者との関係： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_