

同意書

西暦 年 月 日

あつぎ美容クリニック御中

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	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒		
電話番号			
施術名			

保護者氏名	④		
申込者との関係			
申込者と住所、連絡先が異なる場合はご記入ください			
住所	〒		
電話番号			