

同意書

令和 年 月 日

桜新町皮膚科クリニック

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

◆申込者

申込者氏名 : _____

生年月日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 : 満 _____ 歳

住所 : 〒 _____

連絡先 : _____ () _____

施術名 : _____ ピアスホール作成 _____

◆保護者（自署）

保護者氏名 : _____ ㊞

関係 : _____

※申込者と住所・連絡先が異なる場合は以下もご記入ください。

住所 : 〒 _____

連絡先 : _____ () _____