

同意書

年 月 日

王子公園 まつむら皮フ科 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	才
住所	〒						
連絡先							
施術名							

法定代理人指名	印						
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。)							
住所	〒						
連絡先							