

# 同意書

平成 年 月 日

西新町二丁目クリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

## ◆申込者 記入欄

|       |          |    |   |
|-------|----------|----|---|
| 申込者氏名 |          |    |   |
| 生年月日  | 西暦 年 月 日 | 年齢 | 才 |
| 住所    | 〒        |    |   |
| 連絡先   |          |    |   |
| 施術名   |          |    |   |

## ◆保護者 記入欄

|                                 |   |  |  |
|---------------------------------|---|--|--|
| 保護者氏名<br>(自署)                   | 印 |  |  |
| 申込者との関係                         |   |  |  |
| (申込者と住所・連絡先が異なる場合は、下記にご記入ください。) |   |  |  |
| 住所                              | 〒 |  |  |
| 連絡先                             |   |  |  |



西新町二丁目クリニック