

同意書

年 月 日

MIL CLINIC OSAKA 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意致します。

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

法定代理人氏名	(印)		
申込者との関係			
※下記、お申込者と住所・連絡先が異なる場合のみご記入ください。			
住所	〒		
連絡先			