

同意書

令和 年 月 日

さくら通り皮膚科クリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

◆申込者

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 : _____ () _____