

同意書

平成 年 月 日

医療法人 桃姫メディカル 御中

申込者（未成年者）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	〒		
電話番号			
施術名			

保護者氏名				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	〒			
電話番号				