

# 同意書

令和 年 月 日

あおばクリニック函館院 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )