

同意書

年 月 日

医療法人社団雪焔会 トイトイトクリニック御中

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	満	才
住所	〒						
連絡先							
施術名							

▼法定代理人(親権者)記入欄

法定代理人氏名								印
申込者との関係								
住所	〒							
連絡先								

※ご確認の為、ご連絡させて頂く場合がございます。