

同意書

西暦 年 月 日

JUN CLINIC 御中

記

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

以上

申込者			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

法定代理人氏名			
申込者との続柄			
住所	〒		
連絡先			