同意書

平成　　年　　月　　日

医療法人社団三幸会　フェミークリニック御中

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			

◆保護者　記入欄

保護者氏名 （自署）	㊞
申込者との関係	
（申込者と住所・連絡先が異なる場合は、下記にご記入ください。）	
住所	〒
連絡先	

※この同意書は、脱毛・ピアス・ニキビ治療の施術のみの対応となります。