

同意書

年 月 日

NES駒沢クリニック 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

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 () _____