

同意書

年 月 日

BR CLINIC GINZA 御中

私は親権者/法定代理人として、申込者が下記の治療内容に関してカウンセリング・施術を受けることに同意します。

申込者（未成年者） 記入欄

治療名	
氏名	
生年月日	(満 才)
住所	
電話番号	

親権者/法定代理人 記入欄

氏名	印
続柄	
住所 (申込者と異なる場合)	
電話番号	

※すべて自筆でお願いいたします。

※印鑑はシャチハタ以外でご捺印ください。