

# 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治療内容に関してカウンセリングや  
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	

※パソコンは使用せず、すべて自筆でご記入をお願いいたします。

※印鑑はシャチハタ以外でご捺印ください。