

# 同意書

年 月 日

クリア・スキンクリニック 那覇 御中

下記の者が施術を受けることに同意します。

申込者氏名(ご本人)			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			
施術名			

親権者氏名(ご父母)	印
ご本人との関係	

\* ご本人のご住所・ご連絡先と異なる場合は以下にご記入下さい。

住所	〒
連絡先	