

# 同意書

平成 年 月 日

東京中央美容外科・美容皮膚科御中

申込み者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

## ▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	平成 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

## ▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入ください。

保護者氏名 ( 自 書 )	⑩		
申込者との続柄			
住所 ※お申込者ご住所・ご 連絡先と異なる場合 はご記入ください。	〒		
連絡先			