

# 同意書

年 月 日

東京中央美容外科・美容皮膚科御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診察・施術を受けることに同意し、署名致します。

## ▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年 齢	満 才
住 所	〒		
連 絡 先			
施 術 名			

## ▼親権者 記入欄

※未成年（既婚）の方は保護者もしくは配偶者、18歳で高校卒業済みの方・19歳の方はご両親様であれば可

親権者氏名 (自署)	Ⓜ		
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			