

同意書

年 月 日

アップビュートクリニック宛

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者（施術を受けられる方）

氏名

生年月日

_____年 _____月 _____日（ _____歳）

住所

連絡先

施術名

法定代理人

氏名

申込者との関係

住所

連絡先
