

同意書

平成 年 月 日

広島プルミエクリニック 御中

下記の者がカウンセリング・施術を受けることに同意いたします。

| | | | |
|-------|-------|----|-----|
| 申込者氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 満 才 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 施術名 | | | |

| | |
|-----------|---|
| 親権者氏名（父母） | 印 |
| 本人との関係 | |

※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 | |