

同意書

令和 年 月 日

広島ブルミエクリニック御中

申込者が下記のカウンセリングを受けることに同意します。

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

※親権者様により、全ての項目のご記入をお願い致します。

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

法定代理人氏名			
申込者との関係			
下記、お申込者と異なる場合はご記入ください			
住所	〒		
連絡先			