

同意書

オーキッド美容クリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として(申込者が未成年の場合、共同親権者の代表者として)申込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	年 月 日 (満 歳)
住 所	〒
電話番号	
施 術 名	

法定代理人 記入欄 *この欄は必ず法定代理人の方がご記入ください。

法定代理人名 (親権者代表者名等)	(自署) ⑩
申込者との続柄	
住 所	〒
電話番号	
記入年月日	年 月 日