

# 同意書

日付

藤井美容外科御中

下記の者が施術を受けることに同意します。

申込者氏名						
生年月日	年	月	日	年齢	歳	
住所						
電話番号						
施術内容						

親権者氏名	印
本人との関係	

本人の住所・ご連絡先と異なる場合はご記入下さい。

住所
連絡先

※親権者様の身分証明書（写し）とともにお持ち下さい。