

# 同意書

秋葉原美容クリニック 殿

私は、申込者の親権者として、下記の施術を受けることに同意し署名致します。

## ◆申込者 記入欄

申込者 氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒		
電話番号			
施術名			

## ◆親権者 記入欄

※この欄は必ず、親権者の方がご記入ください。

保護者 氏名	(印)		
申込者との続柄			
住所	〒		
電話番号			
記入年月日	年	月	日

秋葉原美容クリニック