

# 同意書

平成 年 月 日

藤沢美容外科クリニック御中

申込者が貴院において下記の施術を受けることに同意します。

## 施術名

申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
年齢	満 才
住所	〒
連絡先	

法定代理人氏名 (親権者)	印
申込者との関係	
(お申込者のご住所、ご連絡先が異なる場合は下記にご記入ください。)	
住所	〒
連絡先	