

同意書

年 月 日

グローバルビューティークリニック 御中
申込者が下記の施術を受けることに同意致します。

施術名 []

申込者氏名	
生年月日	年 月 日 <年齢満 才>
住所	〒
連絡先	

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