

# 同意書

平成 年 月 日

新宿ラクル美容外科クリニック 御中

申し込者が下記の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	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

法定代理人氏名			
申込者との関係			

お申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入下さい

住所	〒		
連絡先			