

平成 年 月 日

医療法人財団 天京会
はるかぜ皮膚科 宛

同意書

私は、下記の施術を受けることに同意いたします。
(あてはまる箇所に○をおつけください)

施術名：ピアス・ピーリング・IPL治療・その他()

○ 申込者氏名

生年月日 _____ 年 齡 _____ 歳

住 所 〒 _____

連絡先 _____

○ 保護者(法廷代理人)氏名 _____ 印

続 柄 _____

住所(上記と異なる場合はご記入ください)

〒 _____

連絡先 _____