

# 同意書

平成 年 月 日

桜新町皮フ科クリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

## 申込者

申込者氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年齢 : 満 \_\_\_\_\_ 歳

住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

施術名 : \_\_\_\_\_ ピアスホール作成 \_\_\_\_\_

## 保護者（自署）

保護者氏名 : \_\_\_\_\_ 印

関係 : \_\_\_\_\_

申込者と住所・連絡先が異なる場合は以下もご記入ください。

住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_