

# 同意書

おおかわ皮膚科クリニック 御中 年 月 日

申込者が、下記の施術を受けることに同意します。

## ●申込者 記入欄

|             |   |   |   |      |
|-------------|---|---|---|------|
| 申込者氏名       |   |   |   |      |
| 生年月日        | 年 | 月 | 日 | 年齢 歳 |
| 住所 〒        |   |   |   |      |
| 連絡先         |   |   |   |      |
| 施術名 (例 ピアス) |   |   |   |      |

※ 施術名を必ずお書きください

## ●保護者 記入欄

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 保護者氏名                          | 印 |
| (自署)                           |   |
| 申込者との関係                        |   |
| (申込者と住所・連絡先が異なる場合は下の欄にご記入ください) |   |
| 住所 〒                           |   |
| 連絡先                            |   |