同意書

令和　　年　　月　　日

S clinic kyoto 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：
生年月日：　　年　　月　　日　　年齢　　満　　歳
住所：
診察・施術項目：
連絡先：

法定代理人氏名：
申込者との関係：
※申込者とご住所が異なる場合のみ記入してください。 住所：
連絡先：

※代理人様の公的身分証の裏表の写しもお持ち頂けますようお願い致します。