

同意書

レビューガククリニック御中

申込者が治療を受けることに同意いたします。

記入日	平成 年 月 日		
住所	〒		
電話番号			
申込者 氏名	⑩		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
法定代理人 氏名	⑩		
続柄		電話番号	
年齢	歳	()	—
治療内容	医療レーザー脱毛		

※法定代理人の部分に、親権者様のサイン・ご捺印をお願いいたします。

※学生の方は、学生証、それ以外の方は身分証明書をご来院時必要になります。

以上