

# 同意書

平成 年 月 日

医療法人社団三幸会 フェミークリニック御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

## ◆申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			
施術名			

## ◆保護者 記入欄

保護者氏名 (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、下記にご記入ください。)	
住所	〒
連絡先	

※この同意書は、脱毛・ピアス・ニキビ治療の施術のみの対応となります。