

同意書

令和 年 月 日

大塚美容形成外科・歯科 御中

下記の者が施術を受けることに同意します。

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
電話番号			
施術名			

親権者氏名 (父母)	印
本人との関係	

※本人のご住所・ご連絡先と異なる場合は以下にご記入下さい。

住所	〒
連絡先	