

同意書

R-leaクリニック表参道amate 様

■ 施術内容

令和 年 月 日

申込者様氏名

住所 〒

生年月日 年 月 日 (満 歳)

お電話番号 - -

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、
貴院で上記の施術を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

親権者

印

続柄

住所 〒

お電話番号 - -