

# 同意書

年 月 日

吉祥寺アイビークリニック御中

私は、申込者が下記の希望に対して診察・施術を受けることに同意し署名します。

## 治療名

|       |          |    |     |
|-------|----------|----|-----|
| 申込者氏名 |          |    |     |
| 生年月日  | 西暦 年 月 日 | 年齢 | 満 歳 |
| 住所    | 〒 —      |    |     |
| 連絡先   |          |    |     |

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入・捺印ください。

|         |     |  |                        |
|---------|-----|--|------------------------|
| 氏名(親権者) |     |  | 印                      |
| 住所      | 〒 — |  | ご住所が同じ場合は「同上」とご記入ください。 |
| 連絡先     |     |  |                        |



IVY CLINIC  
TOTAL BEAUTY SALON