

同意書

年 月 日

GLANZ CLINIC(グランツクリニック) 御中
申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

◆申込者 記入欄

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

◆親権者 記入欄(こちらの欄は必ず親権者様をご記入ください)

保護者氏名 (自筆)	印
申込者との続柄	
住所	〒
連絡先	