

# 同意書

西暦 年 月 日

ウエन्दルクリニック 御中

---

申込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 歳

住所：

連絡先電話番号：

施術内容：

※例 二重術、ピアス

---

～法定代理人～

氏名： 印

申込者との関係：

住所：

連絡先電話番号：

※代理人様の身分証明の写しもお持ちいただけますようお願い致します。