

# 同意書

池田ゆう子クリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として(申込者が未成年の場合で、他に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者として)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	歳
住所						
電話番号						
施術名						

## ▼法定代理人 記入欄 ※この欄は必ず法定代理人の方がご記入ください。

法定代理人名 (親権者代表者名 等)	(自署)	印	
申込者との続柄			
住所			
電話番号			
記入年月日	年	月	日