

施術同意書

ながしま形成外科クリニック 御中

下記1の申込者が下記2の施術を受けることについて、添付の同意書記載の説明を理解した上で、同意いたします。

1 申込者氏名 _____

住 所 _____

2 施 術 名 _____

回 数 _____ 回

代 金 _____ 円

年 月 日

*法定代理人全員が、署名・捺印してください

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

(本人との関係 : _____)

