

同意書

年 月 日

CHIKA BEAUTY CLINIC TAKARAZUKA 御中

申込者が下記の希望に対して、来院、診察、施術を受けることに同意し署名致します。

治療名

申込者氏名	印		
住所	〒		
連絡先	()		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才

親権者氏名	印		
	(申込者との関係)		
住所	〒		
連絡先	()		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才



CHIKA BEAUTY CLINIC
TAKARAZUKA