

同意書

年 月 日

KARIS beauty clinic 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意致します。

施術名

()

| | |
|-------|-------------|
| 申込者氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 年齢満 才 |
| 住所 | |
| 連絡先 | |

| | |
|--------------------------------|---|
| 法定代理人氏名 | 印 |
| 申込者との関係 | |
| 下記、お申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入ください。 | |
| 住所 | |
| 連絡先 | |