

# 同意書

年 月 日

Cinderella&da Vinciクリニック 御中

申込者が下記の施術を受ける事に同意し、署名致します。

## ▼申込者 記入表

申込者氏名			
生年月日		年齢	
住所	〒		
連絡先			
施術名			

## ▼親権者 記入欄※この欄は必ず親権者の方がご記入下さい。

保護者氏名 (自書)	印		
申込者との続柄			
住所 ※お申込者ご住所・ご 連絡先と異なる場合 はご記入下さい	〒		
連絡先			