

同意書

平成 年 月 日

新宿御苑美容内科メディカルクリニック 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術名	
申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 満 歳
住所	〒
連絡先	

法定代理人氏名	印
申込者との関係	
申込者と住所及び連絡先が異なる場合には下記もご記入願います	
住所	〒
連絡先	

新宿御苑 美容内科メディカルクリニック

〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-3-16 ライオンズマンション御苑前 105

TEL : 03-3354-1389