

## 同意書

城本クリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として（申込者が未成年の場合で、他に共同親権者がいる場合は、共同親権者の代表者として）申込者が下記の施術を受けることに同意し、署名いたします。

## ▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	平成 令和	年 月 日	年 齢 満 才
住 所	〒		
電話番号			
施 術 名			

## ▼法定代理人 記入欄 ※この欄は必ず法定代理人の方がご記入下さい。

法定代理人名 (親権者代表者名等)	(自署) <span style="float: right;">①</span>
申込者との続柄	
住 所	〒
電話番号	
記入年月日	令和 年 月 日