

# 同意書

ECLA CLINIC 御中

令和 年 月 日

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

○申込者

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

施術名 \_\_\_\_\_

施術日 \_\_\_\_\_

金 額 ¥ \_\_\_\_\_

○法定代理人

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_



ECLA CLINIC