

同意書

エレナクリニック新宿 御中

申込者が下記施術うけることに同意します。

申込者指名

生年月日 年 月 日 年齢 満 才

住所

〒

連絡先

施術名

法定代理人指名

申込者と関係

お申込者ご住所、ご連絡先と異なる場合はご記入下さい

住所

〒

連絡先