

# 治療同意書

平成 年 月 日

銀座ファインケアクリニック 御中

申込者が下記の施術を受ける事に同意します。

申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒
電話番号	
施術名	

親権者（法定代理人）氏名		印
申込者との関係（続柄）		
住所	〒	
	※お申込み者と異なる場合のみご記入下さい	
電話番号		