

同意書

年 月 日

ブルームクリニック御中

申込者が下記の希望に対して、来院・診察・施術を受けることに同意し、署名致します。

▼申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年 齢	満 才
住 所	〒		
連 絡 先			
施 術 名			

▼親権者 記入欄

※18歳で高校卒業済みの方・19歳以下の方はご両親様であれば可

親権者氏名 (自署)	Ⓜ		
申込者との続柄			
住 所 <small>※お申込者ご住所・ご連絡先と異なる場合はご記入ください。</small>	〒		
連 絡 先			