

AILE Clinic

TEL : 03-6284-3700 FAX : 03-6284-3711

未成年者用

記入日

年 月 日

同意書

施術名

施術予定日 年 月 日

施術院 AILE Clinic

申込者が、貴院で上記の施術を受けることに
同意致します。

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅： 携帯：

親権者氏名※



続柄

ご住所

電話番号 自宅：
携帯：

※親権者（法定代理人）ご本人が署名・捺印をしてください。