

同意書

年 月 日

渋谷高野美容医院 御中

申込者が下記の施術を受ける事に同意します。

●申込者名 _____

●生年月日 _____ 年 月 日 満 歳

●ご連絡先 _____

●ご住所〒 _____

●施術名 _____

●法定代理人氏名 _____ 印 (捺印、又は拇印)

●申込者との関係 _____

●ご連絡先 _____

●ご住所 (申込者と異なる場合はご記入ください)

※お顔写真付きの身分証のご提示を願致します。