

同意書

令和 年 月 日

HAAB×DREAM BEAUTY CLINIC 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者：
生年月日： 年 月 日 年齢 満 歳
住所：
連絡先：
診察・施術項目：

法定代理人氏名：
申込者との関係：
※申込者のご住所が異なる場合のみ記入してください。
住所：
連絡先：

※代理人様の公的身分証の裏表の写しもお持ち頂けますようお願い致します。