

# 同意書

施術名

---

施術予定日

年

月

日

---

施術代金(税込)

円

---

ご契約者様情報

氏名			
住所	〒		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
電話番号	自宅： 携帯：		

私は上記契約者の親権者(法定代理人)として、  
ヴェルトラクリニックにおいて契約者が施術を受けることに同意いたします。

親権者様情報

氏名		印
続柄		
住所	〒	
電話番号	自宅： 携帯：	

※親権者(法定代理人)様ご本人が、全ての欄をご記入・ご捺印ください。