

同意書

私は、保護者として「ココネスクリニック」での下記施術に同意致します。

私は、「ココネスクリニック」での下記施術に同意致します。

記

施術名	
-----	--

ご氏名					
ご生年月日	年	月	日	年齢	歳
ご住所					
ご連絡先					

保護者氏名				印
続柄				
ご住所				
ご連絡先		携帯		

以上