

同意書

令和 年 月 日

HAAB MEDICAL GROUP 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術者ご本人様

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	

親権者様

親権者氏名	
申込者との関係	
住所	〒 ※申込者をご住所が異なる場合のみ記入してください。
連絡先	