

記入日 年 月 日

同意書

新宿AGAクリニック殿

申込者が下記治療を受けることに同意し署名致します。

【申込者 記入欄】

治療名			
氏名			
生年月日		年齢	
連絡先			

【親権者 記入欄】

氏名				印
申込者との続柄				
住所				
連絡先	電話番号	()	
	携帯番号	()	

※未成年の方は、来院時にこの同意書が必要です。

※同意書をお忘れの場合、診察(カウンセリング)を受けることができません。

※親権者記入欄は必ず親権者であるご本人様が直筆でご記入・ご捺印ください。

※親権者様へ確認のご連絡をさせていただく場合がございますので、
日中つながりやすい電話番号をご記入ください。

新宿AGAクリニック
〒160 - 0023
東京都新宿区西新宿7 - 20 - 2愛美堂ビル7階
TEL) 0120-721-969