



Fellez Clinic

TEL:03-6274-8291 FAX:03-6274-8292

未成年者用

記入日 年 月 日

# 同意書

施術名

施術予定日 年 月 日

施術院 院

申込者が、貴院で上記の施術を受けることに  
同意致します。

申込者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅： 携帯：

親権者氏名<sup>\*</sup>

印

続 柄

ご住所

電話番号 自宅：  
携帯：

※親権者(法定代理人)ご本人が署名・捺印をしてください。