

# 同意書

令和・西暦 年 月 日

浦西鍼灸整骨院御中

申込者が下記の施術を受けることに同意する。

申込者:
生年月日: 年 月 日生まれ 年齢 満 歳
住所
連絡先(携帯電話番号):
施術項目

法定代理人氏名:
申込者との関係:
※申込者のご住所が異なる場合のみ記入して下さい。 住所:
連絡先(携帯電話番号):

※代理人様の公的身分証の表裏の写しも、お持ち頂けますようお願い致します。