

同意書

令和 年 月 日

ef clinic 池袋 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

【申込者】

氏名 _____

生年月日 _____ 年齢 _____

住所 〒 _____

電話番号(自宅・携帯) _____

【法廷代理人】

氏名 _____

生年月日 _____ 年齢 _____

住所 〒 _____

電話番号(自宅・携帯) _____

ef clinic 池袋

〒170-0013

東京都豊島区東池袋 1-42-16 ニードビル 4F・5F