

# カウンセリング兼施術同意書

恵比寿美容クリニック  
院長 堀江 義明 殿

下記の者が貴クリニックにてカウンセリングを受け、  
本人の意思により施術を受けることに同意いたします。

来院者本人の氏名			
住所	〒		
電話番号	-	-	生年月日 西暦 年 月 日

年 月 日

保護者の住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

保護者の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

本人との関係 \_\_\_\_\_