

# 保護者同意書

加圧ボディメイクスタジオWOMANS 殿

(依頼者) \_\_\_\_\_ が、加圧を含む各種トレーニングや関連する運動を  
貴店、加圧ボディメイクスタジオWOMANS で受ける事に同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼者	氏名	
	生年月日	年 月 日( )歳

保護者	氏名		印 (シヤチハタ以外)
	生年月日	年 月 日( )歳	
	住所	〒 -	続柄
	電話番号	- -	

# 保護者同意書

加圧ボディメイクスタジオWOMANS 殿

(依頼者) \_\_\_\_\_ が、加圧を含む各種トレーニングや関連する運動を  
貴店、加圧ボディメイクスタジオWOMANS で受ける事に同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼者	氏名	
	生年月日	年 月 日( )歳

保護者	氏名		印 (シヤチハタ以外)
	生年月日	年 月 日( )歳	
	住所	〒 -	続柄
	電話番号	- -	