

ライナーズ「3 daysクリニック」参加同意書

ライナーズ3 daysクリニック事務局 御中

参加者氏名

私は、本イベントが定める参加規約に同意し、上記の者が参加することを了承いたします。

保護者氏名

印

記入日

年 月 日