

同意書

遠山クリニック御中

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

この度、（保護者名： _____）は貴院にて
（本人： _____）の
（施術名： _____）の治療実施を
承諾し依頼いたします。

※必ず、保護者の方の了解を取り、ご記入下さい。

本人署名 _____ 印 _____

保護者署名 _____ 印 _____

保護者連絡先 _____