

# 同意書

遠山クリニック御中

平成 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 \_\_\_\_\_