

治療依頼承諾書

ソノクリニック御中

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