

治療依頼承諾書（20歳未満）

令和4年10月改訂

(本人)

氏名 _____

生年月日 _____

住所 _____

この度(保護者名： _____)は貴院にて

(本人： _____)の

施術名(_____) 部位(_____)

個数(_____)

の治療実施を承諾し依頼致します。

※治療承諾書はご本人署名以外は、必ず保護者の方がご記入をお願い致します。

医療法人二十一会ソノクリニック御中

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____

保護者署名 _____

保護者連絡先(携帯)
