

# 治療依頼承諾書

ソノクリニック御中

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