

治療依頼承諾書（18歳未満の高校生）

令和8年8月1日改訂

（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。

※治療依頼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） _____