治療依頼承諾書

元寺町クリニック御中

この度、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承を取り、ご記入下さい

保護者氏名　　印　（続柄）

保護者住所

保護者連絡先

※治療前にご確認を取らせて頂く場合がございます