

治療依頼承諾書

セイコメディカルビューティクリニック御中

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

この度、（保護者氏名： _____）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