

同意書

施 術 名

施 術 院

院

被施術者氏名	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日（満 才）
電話番号	自宅： 携帯：

※私は、上記者の保護者（又は法定代理人等）として、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

保護者氏名（又は法定代理人氏名）
 印

ご住所
 〒

電話番号

本人との関係

- ※保護者（法定代理人）ご本人様が、すべての欄をご記入・ご捺印ください。
- ※必ず黒色のボールペンでご記入ください。
- ※未記入等の箇所がある場合は、保護者様への確認を行う場合がございます。
- ※ご印鑑はシャチハタ以外のご印鑑をご使用ください。