

同意書

銀座長澤クリニック殿

被施術者（治療を受けられる方）氏名： \_\_\_\_\_

施術の内容： \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

被施術者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

親権者（保護者）氏名： \_\_\_\_\_ (印)

被施術者との関係： ( \_\_\_\_\_ )

記入例)

同意書

銀座長澤クリニック殿

被施術者（治療を受けられる方）氏名： 山田 花子

施術の内容： わきが・多汗症

平成 29年 4月 1日

被施術者氏名： 山田 花子 (印)

親権者（保護者）氏名： 山田 恵子 (印)

被施術者との関係： ( 実母 )