

治療同意書

令和 年 月 日

銀座ファインケアクリニック 御中

申込者が下記の施術を受ける事に同意します。

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
電話番号			
施術名			

※保護者の方と同伴でご来院の際は、保護者の方1名様とご本人1名様の2名様までとさせていただきます。

■ 親権者氏名の記入欄は親権者本人の直筆が必須です

親権者氏名 (法廷代理人)	印		
生年月日	西暦 年 月 日	申込者との関係 (続柄)	
住所	〒 ※お申込者と異なる場合のみご記入下さい		
電話番号			

この治療同意書を印刷できない方へ

点線より上をそのまま書き写し、その下に申込者の住所・氏名・年齢・施術名、親権者の方の住所・氏名・申込者との関係・電話番号をご記入頂ければ、白紙に全て手書きでご記入頂いたものでも問題ございません。