

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

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致します。

※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

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