

同意書

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

S.Tstyle クリニック 御中

私は、受診者が貴院において、以下の治療を受けることを承諾いたします。

施術名 1. _____

施術名 2. _____

受診者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

保護者記入欄

保護者氏名	①	続柄	
住所	〒		
電話番号			

保護者の方へ

患者様が未成年であるため、施術を行うにあたり保護者の方の同意が必要となります。お手数ですが、必要事項をご記入ご捺印の上、施術当日までにご提出ください。また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。

〒102-0083

東京都千代田区麹町4-6-8 ダイニチ麹町ビル3階

Tel: 03-6261-7405

S . T s t y l e クリニック