

治療同意書

平成 年 月 日

アルファクリニック 御中

申込者が下記の施術を受けることに同意します。

申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒
電話番号	
施術名	

親権者（法的代理人）氏名	印
申込者との関係（続柄）	
住 所	〒 ※お申込み者と異なる場合のみご記入ください
電話番号	