

# 同意書

(施術・処方をお受けになるご本人のお名前) \_\_\_\_\_ が

(クリニック名) \_\_\_\_\_ において、(施術・処方略名) \_\_\_\_\_

の施術・処方を受けることに同意致します。

また、今後その施術・処方の件につきましては、施術・処方の同意書、説明書の内容に従い、異議申し立ていたしません。

施術・処方日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保護者住所 〒 \_\_\_\_\_

都道  
府県

電話番号 \_\_\_\_\_

【 連絡先 】