

# 同意書

年 月 日

医療法人社団 英僚会 あきこクリニック 御中

私は受診者が貴院において、下記の施術契約を結ぶことに同意いたします。

## 施術名

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	印	続柄	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所	〒		
電話番号			

## 保護者の方へ

患者様が未成年者であるため、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下さい。また、ご記入の際は保護者の方の直筆をお願いいたします。

未成年者でかつ中学生以下の方は同意書ご持参の上、保護者の方の同伴をお願いしております。予めご了承下さい。

〒158-0094

東京都世田谷区玉川 3-6-1 第6明友ビル 5階

TEL: 03-5717-3444

医療法人社団 英僚会 あきこクリニック