

治療依頼承諾書

セイコメディカルビューティークリニック 福岡院 御中

令和 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いたします。

※ 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（続柄） _____

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。