

同意書

アーククリニック 宛

記入日 年 月 日

申込者が貴院にて下記の施術（治療・手術）を受けることに同意し署名いたします。

施術名

施術日 年 月 日 施術料金 ¥

申込者氏名	
生年月日	
住 所	〒
連 絡 先	

保護者（親権者）氏名

印

申込者との続柄

ご住所 〒

連絡先