

同意書

年 月 日

アイビーグループ御中

私は、申込者が下記の希望に対して診察・施術を受けることに同意し署名します。

治療名

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒 —		
連絡先			

▼親権者 記入欄 ※この欄は必ず親権者の方がご記入・捺印ください。

氏名(親権者)				印
住所	〒 —			ご住所が同じ場合は「同上」とご記入ください。
連絡先				