

治療同意書

年 月 日

TJ クリニック 御中

申込者が下記の施術を受けることを同意します。

申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒
電話番号	
施術名	

親権者・法定代理人氏名	
申込者との関係 (続柄)	
住所	〒 *お申込書と異なる場合のみご記入ください。
電話番号	