

# 同意書

20 年 月 日

治療名 ご希望の治療名をご記入ください。 例) 脱毛 シミとり

(フリガナ) 受診者					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

## 保護者記入欄

受診者が上記治療を受けることを承諾します。

(フリガナ) 氏名					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					

### 保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、治療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、治療当日までに当院までにご提出下さい。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願い致します。

ライフガーデン中央クリニック

TEL 04 - 7178 - 2677

流山市東初石 6 - 183 - 1 ライフガーデン流山おおたかの森 4 F

<http://www.lifegarden-clinic.jp/>

