

治療依頼承諾書

エステラクリニック 福岡天神院 御中

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得てご記入ください。

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。