

20歳未満用

記入日 年 月 日

レオクリニック恵比寿 御中

## 治療同意書

下記申込者が貴院で治療（ ）を受ける事に同意いたします。

記

◇申込者

氏名			
住所	〒		
生年月日	年	月	日生 (満 歳)
電話番号		携帯電話	

◇同意人

氏名

\_\_\_\_\_  
(続柄)

住所

〒

\_\_\_\_\_  
連絡先電話番号

同意人の氏名・続柄につきましては同意する方ご本人の直筆でお願い致します。

確認のためご連絡させていただく場合がございます。