

同意書

年 月 日

医療法人社団広進会 渋谷サクラステージクリニック 御中

貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名：

ふりがな	
申込者氏名	
ご住所	〒 —
生年月日	年 月 日 (満 歳)
電話番号	— —

ふりがな	
親権者氏名	印
申込者との続柄	
ご住所	〒 —
電話番号	— —

※親権者様ご本人が署名・捺印してください。

※記入内容確認のお電話をする場合があります。

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみに使用し、他の目的には使用しません。

