

同意書

年 月 日

医療法人社団デンタルクリニック御中

私は下記の申込者が下記の治療を受けることに同意します。

申込者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
住所	〒		
連絡先			
治療名			

法定代理人氏名	印		
申込者との関係			
下記は申込者と住所、連絡先が異なる場合にご記入ください。			
住所	〒		
連絡先			