

診療承諾書

私_____・____歳（患者様のお名前・お歳）は

道躰クリニック 美容皮膚科において、

_____の

治療を受けるにあたり、

説明を受け、

理解した上で施術・投薬を受けることを承諾します。

西暦 年 月 日

お名前 _____ 印

ご住所 _____

お電話 _____

（未成年の場合）

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

お電話 _____