

承諾書（見本）

真 崎 医 院 様

●●→（受けられる方のお名前フルネーム）の、●●→（施術内容記入<例>

真崎式二重埋没）施術の一切を、真崎医院にてお任せいたします。

施術日（平成/月/日）

施術日（平成/月/日）

親御様お名前(お母様) ㊟

親御様お名前(お父様) ㊟

親御様住所

親御様住所

親御様電話番号

親御様電話番号

※施術当日は、ご本人様用印鑑と親御様用印鑑（承諾書捺印印鑑）の

2つをご持参ください。施術申込書に必要となります。

承諾書

真 崎 医 院 様