

承諾書（見本）

真 崎 医 院 様

〇〇 〇〇（施術を受けられる方のお名前フルネーム）の、
〇〇〇〇（施術名：〈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（令和 年 月 日）

親御様お名前 ①

住所

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