承　　諾　　書

医療法人社団爽治会
イワサキクリニック　御中

令和　　年　　月　　日

この度、貴院において漢方治療を受けるにあたり、治療内容について十分な説明を受け理解いたしました。その上で中医薬治療を受けることに同意致します。

患者	氏名　㊞	生年月日 ＳＨＲ 年　　月　　日
	住所　〒	電話 －　　－

※ 20 歳未満の方は保護者の同意が必要です。
下記への記入をお願い致します。

保護者	氏名　㊞	生年月日 ＳＨＲ 年　　月　　日
	住所　〒 電話　　－　　－	
	緊急連絡先 お名前　　電話　　－　　－	
	患者との関係	

以　上