鍼灸施術同意書

氏名：

住所：

生年月日：

上記の者につき、以下の疾病による鍼灸施術に同意する。

病名：

発病日：

当院診察日：

特記事項：

令和〇年〇月〇日

〇県〇市○町〇-〇　○○クリニック

院長　○○　　　　　　　　　　印