承　諾　書

宛先　　Taki　Total　Therapy　　瀧本えり　　行き

申　込　者

住　　所

電 話 番 号

担当医名　　は

お申込者　　が

カウンセリング・心理セラピーのセッションを受けることを承諾します。

医療機関名

住　　所

電 話 番 号

担 当 医 名

年　　月　　日

担当医署名　　印