

承諾書

宛先 TOTAL THERAPY ELLY 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