

# 承諾書

宛先 静岡カウンセリングセラピー 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