

保護者同意書

栄セントラルクリニック 殿

_____ が貴院にて、診察、検査、治療などを受けることに同意します。
(受診される方の名前を記入して下さい)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(続柄: _____)

保護者 氏名 _____ ⑩

住所 _____