

同意書

私_____（保護者）は、

_____（受診者）が

みらいクリニックで診察・治療を受けることに同意いたします。

令和_____年_____月_____日

保護者氏名 : (自署) _____ 印

住 所 : _____

連 絡 先 : _____

続 柄 : 受診者の _____