

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、支払いなどを受ける(行う)ことに同意します。
(受診される方の名前を書いてください)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 親権者 1 _____ ④ (続柄: _____)

親権者 2 _____ ④ (続柄: _____)

※親権者が一人の場合は、該当する方のみ記入してください。

住所 _____