

親権者同意書

難波セントラルクリニック 御中

私の _____ である _____ 難波セントラルクリニックにおいて
_____ を受ける事に同意します。

_____年____月____日

住所 _____

親権者 _____ 印

※この書類は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入ください。

< 施行者 >

難波セントラルクリニック

大阪府大阪市浪速区難波中1-4-5 立花ビル301号室

06-4396-8228