

保護者治療同意書

ティーズクリニック 院長 殿

私は保護者又親権者として、(氏名) _____ が
貴院において(治療内容) _____ の治療を受けることに
同意しております。

同意日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ ⑩