

保護者同意書

榊原クリニック 御中

この度、貴院にて下記診療（診察および手術）が行われることを保護者として承諾いたします。

記

診療内容：

●申込者（診療を受けられる方）

申込者名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話番号			

●保護者

記入日	年 月 日
保護者名	印
続柄	
住所	〒
電話番号	