

親権者同意書

三重・津セントラルクリニック 御中

私の_____である_____が、三重・津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>

三重・津セントラルクリニック
三重県津市栄町3丁目248 きりん2nd 2階
TEL:0120-215-153