

保護者同意書

AMORE CLINIC 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)

AMORE
Clinic _____年____月____日

保護者 親権者 1 _____ ④ (続柄: _____)

親権者 2 _____ ④ (続柄: _____)

住所 _____