

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_____ 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_____⑩

※ 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

0120-215-153