

# 保護者承諾書

帯広中央クリニック殿

本人 \_\_\_\_\_ が、

治療 \_\_\_\_\_ を受けることに同意します。

年 月 日

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_ )

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_