

親権者同意書

東京玉川クリニック 草津院 御中

私の_____である_____ 東京玉川クリニック 草津院 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 >

東京玉川クリニック 草津院

滋賀県草津市大路1-15-43 荒川ビル2F

0120-257-818