

同意書

名古屋中央クリニック 御中

この度、(患者様氏名) _____ が貴院にて、
(内容) _____ の

施術・処方を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日

親権者様氏名 _____ ⑩

続柄 ()

住所 _____

電話番号 _____