

18歳未満の方で治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

保護者同意書

はまもとクリニック殿

(治療を受ける方のご氏名)

_____が

(治療名)

_____治療を

はまもとクリニックで受ける事に同意いたします。

年 月 日

保護者氏名

印

続柄

ご住所

お電話番号