

親権者同意書

東京玉川クリニック 徳山院 御中

私の_____である_____ 東京玉川クリニック 徳山院 において
_____を受ける事に同意します。

_____年____月____日

住所_____

親権者_____ 印

※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 徳山院

山口県周南市糺町1-1-1
フロム0834 3F

0120-257-818