# 保護者同意書

クリニックビザリア御中

令和　　年　　月

この度、（保護者署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ は貴院にて

（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ の治療実施を承諾し

依頼いたします。