## 保護者同意書

$\mu$	ーック	ビザリ	ア畑	$\Box$
ンワ	ーツン	しりり	/ 11111	++

	令和	年	月
この度、(保護者署名)		は貴院に	7
(本人署名)	の治療実施を承諾し		L
依頼いたします。			