

# 保護者承諾書

プラセルクリニック御中

この度貴院にて下記診療が行われることを保護者として承諾いたします。

20 年 月 日

○診療名

---

診療を受けられる方のご氏名: \_\_\_\_\_

保護者ご氏名: \_\_\_\_\_ 印

ご住所: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_