

親権者同意書

医療法人 利靖会 前原外科・整形外科 小児科 御中
前原整形外科リハビリテーションクリニック

私の _____ である _____ が

貴院にて _____ を

受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

親権者 _____ ④

※ この書類は、必ず法定代理人(親権者)ご本人がご記入ください。

< 施術者 >

医療法人 利靖会

前原外科・整形外科 小児科 前原整形外科リハビリテーションクリニック

豊明市阿野町西ノ海戸16-1

大府市北崎町五丁目55番地

TEL : 0562-92-1170

TEL : 0562-44-5505