

親権者同意書

神戸元町セントラルクリニック 御中

私の_____である_____が、神戸元町セントラルクリニックにおいて
_____を受ける事に同意します。

_____年____月____日

住所_____

親権者_____ ⑩

※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>

神戸元町セントラルクリニック

〒650-0022 神戸市中央区元町通1-10-11 2F

TEL:0120-215-153