

同意書

私 _____ (保護者)は、

_____ (受診者)が、

メンタルウェルビーイングクリニック用賀で診察・治療を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名(自署): _____ 印

住所: _____

連絡先: _____

続柄: 受診者の _____