

親権者同意書

KAZUKI° ライバートクリニック 御中

_____年____月____日

私は、私の子である_____がKAZUKI° ライバートクリニックにおいて
診療契約を結ぶことに同意いたします。

【親権者住所】

〒 _____

【親権者氏名】

【続柄】

印

KAZUKI° ライバートクリニック

島根県松江市朝日町484-13 三洋苑松江ビルⅡ 3F

TEL : 0120-257-929