

# 保護者同意書

たにまちクリニック殿

この度（ \_\_\_\_\_ ）が、貴院において

（ \_\_\_\_\_ ）の治療を受けることに同意致

します。尚、治療過程に予期しない事態が生じた場合、必要かつ

適切な処置をされることについても同意致します。

平成 年 月 日

保護者氏名

印

保護者住所

保護者電話番号