

タウン形成外科クリニック

親権者同意書

私の子である_____が診療・施術の説明について十分に理解し
自己の利益の判断をできると認め、タウン形成外科クリニックと診療契約・支払
い契約を結ぶことに同意します。

令和 年 月 日

親権者住所

親権者氏名

④