

保護者治療同意書

ティーズクリニック 院長 殿

私は保護者又親権者として、(氏名)\_\_\_\_\_が  
貴院において(治療内容)\_\_\_\_\_の治療を受けることに  
同意しております。

同意日 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)