

# 親権者同意書

難波セントラルクリニック 御中

私の\_\_\_\_\_である\_\_\_\_\_が、難波セントラルクリニックにおいて  
\_\_\_\_\_を受ける事に同意します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所\_\_\_\_\_

親権者\_\_\_\_\_ ⑩

※この書類は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入ください。

< 施行者 >

難波セントラルクリニック

大阪府大阪市浪速区難波中 1-4-5 立花ビル 301 号室

TEL:06-4396-8228