

アメリカリニック
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、アメリカ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

印