

# 親権者同意書

KAZUKI プライベートクリニック 御中

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

私は、私の子である \_\_\_\_\_ が KAZUKI プライベートクリニックにおいて  
診療契約を結ぶことに同意いたします。

【親権者住所】

〒 \_\_\_\_\_

【親権者氏名】

印

【続柄】

KAZUKI プライベートクリニック  
島根県松江市朝日町 484-13 三洋苑松江ビル II 5F  
TEL : 0120-257-929