

## 同意書

福岡博多駅前通中央クリニック 殿

(治療を受ける方のご氏名)

\_\_\_\_\_ が

(治療名)

\_\_\_\_\_ 治療を

福岡博多駅前通中央クリニックで受けることに同意いたします。

年 月 日

保護者氏名

㊞

治療を受ける方との続柄

住所

電話番号