

ラナキラクリニック 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、ラナキラ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

④