Dr. Matsui Clinic

親権者同意書

私の子である　　が　　の診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断ができると認め、ドクター松井クリニックと診療契約・支払い契約を結ぶことに同意致します。

平成　　年　　月　　日

親権者住所

親権者氏名　　㊞

ドクター松井クリニック

東京都新宿区歌舞伎町1-5-4第 22 東ビル4F

tel 0120-777-695

院長　松井　彰一郎