

平成 年 月 日

承諾書

好生堂クリニック宛

私は、(氏名) _____ が

好生堂クリニックで医療行為を受けることを同意します。

承諾者氏名 _____ 印

承諾者住所 _____

申込書との続柄 _____

この同意書を来院時にお持ちください