保護者同意書

柊みみはなのどクリニック 殿

-			\Z)\s			
スギ花	粉舌下	免疫療	法を受	けること	こに	
同意致	します	•				
令和	年	月	日			
保護者氏名					(続柄)
<u>住所</u>						
電話番号	<u> </u>					_