

# 保護者同意書

柊みみはなのどクリニック 殿

\_\_\_\_\_が  
予防接種を受けることに同意致します。

平成 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_