

# 保護者同意書

柊みみはなのどクリニック 殿

\_\_\_\_\_が  
スギ花粉舌下免疫療法を受けることに  
同意致します。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_