

タウン形成外科クリニック 同席承諾書

私 _____ は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 の

タウン形成外科クリニックにおける話し合いに、

_____ である _____ が

同席することを承諾致します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名

Ⓜ