**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　　　　　　　　　（続柄　　）**

**住所**

**電話番号**