処方薬 同意書

| | が | | | の服用を | | |
|--------------|-------------|---|---|------|--|--|
| 受ける事に同意致します。 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 神戸中央クリニック殿 | | | | | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| (続柄 |) <u>氏名</u> | | | ED | | |