

親権者同意書

MEMOTO CLINIC 名古屋

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診療と施術に同意します。

記

ふりがな			
申 込 者			
生 年 月 日	平 年 月 日 生	年 齡	歳
現 住 所	〒 ー		
電 話 番 号		職 業	

以上

年 月 日

住 所 :

電話番号 :

親権者名 :

①

(申込者との続柄:)