親権者同意書

令和　　年　　月　　日

MIO CLINIC 御中

私は、申込者が貴院において下記の施術・手術を受けることに同意致します。

施術・手術名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申し込み者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

生年月日（ 昭和・平成 ）　　年　　月　　日　年齢 満　　歳

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 （ 自宅・携帯 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人様がご記入下さい。

法定代理人（親権者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申込者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日（ 昭和・平成 ）　　年　　月　　日　年齢 満　　歳

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 （ 自宅・携帯 ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿