

親権者同意書

神戸ゆりクリニック
院長 大西悠美 殿

西暦 年 月 日

申込者が下記の施術（手術）を受けることに同意いたします。

フリガナ			
申込者	氏	名	
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒 _____ 都・道 市・郡 府・県 町・村		
連絡先			
施術名			

※法定代理人ご本人さまがご記入、押印していただきますようお願いいたします。

フリガナ			
法定代理人 (親権者等)	氏	名 (印)	
申込者様 との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他()		
住所	※申込者のご住所、ご連絡先が異なる場合はご記入ください 〒 _____ 都・道 市・郡 府・県 町・村		
連絡先			