

年 月 日

親権者同意書

MAHOROBA クリニック 御中

私は親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人としてMAHOROBAクリニックにおける申込人の診療に同意致します。

治療名:

申込者氏名				印
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳	
住所	〒			
連絡先	()			

※この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人がご記入下さい。

法定代理人氏名 (親権者)				印
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳	
住所	〒			
連絡先	()			

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。