

親権者同意書

RITORI CLINIC 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RITORI CLINICにおける申込人の診療に同意します。

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)ご本人がご記入ください。

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。