

親権者同意書

ZERO 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ZERO 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ことがございます。