

親権者同意書

平成 年 月 日

ゆかり皮膚科クリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の処置を受けることに同意します。

処置名

申込者 氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 満 歳
住所					
連絡先(電話番号)					

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(電話番号)					