親権者同意書

令和 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	平成 令和	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	昭和 平成	年	月	日	年齢	満	歳
住所							
連絡先(電話番号)							