

親権者同意書

医療法人社団FAM

麴町皮膚科・形成外科クリニック BIOTOPE CLINIC 白金 御中

私は、下記の申込者が未成年者であることから親権者として申込書の意味を尊重し、 貴院における申込人の診療(手術・処置・処方)に同意いたします。

診療内容(施術名・処方内容): _____

ふりがな			
申込者			
生年月日	西暦	年 月 日	年齢
現住所	〒 _____		
電話番号	() () ()		

20 年 月 日

住所: 〒 _____

電話番号: _____

親権者名: _____

(申込者との続柄: _____)