

親権者同意書

平成 年 月 日

共立美容外科・歯科 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。

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）ご本人様をご記入下さい。

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	()					