

親権者同意書

平成 年 月 日

なでしこクリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の手術を受けることに同意します。

手術名 _____

申込者氏名 _____ 印

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 満 _____ 歳

住 所 〒 _____

携帯電話番号 _____

e-mail: _____ @ _____

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 〒 _____

電話番号 _____