

# 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	( )		

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	( )		