

親権者同意書

医療法人社団 陽水会 西新宿杉江中央クリニック 御中

私は、下記未成年者の親権者として、貴院にて、下記治療を受けることに同意いたします。

ふりがな					
未成年者氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所					
電話番号					
治療内容					

記入日 年 月 日

親権者氏名

印

続柄

電話番号

住所

※未成年者の方と住所が異なる場合はご記入ください。

※必ず親権者の方の直筆でご記入ください。印鑑はシャチハタ印以外でお願いします。