

親権者同意書

ティアラクリニック川越院 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診療に同意致します。

記

ふりがな			
申込者			
生年月日	西暦 年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号	- -	職業	

以上

西暦 年 月 日

住所：

電話番号：

親権者名：

印

(申込者との続柄：)