

# 見本

## 親権者同意書

ティアラクリニック 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

今回診療を  
申込みれる患者様  
の項目です

ふりがな	いけこし かわこ		
申込者	池越川子		
生年月日	平成 7 年 1 月 30 日生	年齢	18 歳
現住所	〒 350 - 0046 埼玉県川越市菅原町 23-11 コーポティアラ 401		
電話番号	049 - 229 - 2200	職業	学生

以上

三親等内での  
保護者になられる  
方の項目です

※同意書記入日

平成 25 年 11 月 13 日

住所： 埼玉県熊谷市筑波 2-54-1

電話番号： 048-599-0700

親権者名： 池越熊子

(申込者との続柄： 母 )

捺印を  
忘れず  
に