

見本

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

今回診療を
申し込まれる患者様の
項目です

ふりがな	かわごえ はなこ		
申込者	川越 花子		
生年月日	西暦 2000年12月30日生	年齢	18歳
現住所	〒 350 - 1122 埼玉県川越市脇田町18-1		
電話番号	049 - 229 - 2200	職業	学生

以上

三親等内での
保護者になれる方の
項目です

※同意書記入日

西暦 2019年4月2日

住所：埼玉県川越市脇田町18-1

電話番号：049-229-2200

親権者名：川越 太郎

捺印を
忘れずに

(申込者との続柄： 父)