親権者同意書

櫻根皮フ科　　御中

私は、下記の申込者が未成年者であることから親権者として申込書の意思を尊重し、貴院における申込人の診療（手術・処置・処方）に同意いたします。

診療内容（施術名・処方内容）:

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

20　　年　　月　　日

住所：〒　　－

電話番号：

親権者名：

（申込者との続柄：　　）

確認の為にご連絡させていただく場合がございますのでご了承ください。
なお、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。

櫻根皮フ科