

親権者同意書

私は、申込者の親権者として、申込者が貴院での下記に関する治療を受けることに同意します。

治療内容			
申込者氏名	ふりがな		
生年月日	西暦	年	月 日 歳

※下記は必ず親権者をご記入ください。

親権者氏名	ふりがな		印
続柄			
住所	ふりがな		
	〒		
電話番号	()	-	

お願い 患者様が未成年のため、治療を実施するにあたり親権者の同意が必要となります。お手数ですが、上記に必要事項をご記入・ご捺印の上、治療当日にご持参頂きますようお願い致します。