

# 未成年者親権者承諾書

平成 年 月 日

よだ形成外科クリニック 御中

私は、 が下記の治療を受けることに親権者として同意し、署名致します。

治療名

申込者氏名	印		
住所	〒		
連絡先	( )		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳

親権者氏名	印		
	(申込者との関係 )		
住所	〒		
連絡先	( )		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳