

親権者同意書

平成 年 月 日

姫路さくらクリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の治療を受けることに同意します。

治療名

申込者氏名			
生年月日	西 暦 年 月 日	年齢	満 歳
住 所			
連 絡 先	()		

法定代理人氏名 (親権者)				印
生年月日	西 暦 年 月 日	年齢	満 歳	
住 所				
連 絡 先	()			