親権者同意書

ただお整形外科・内科 御中

|  |  |
| --- | --- |
| 患者様氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 (　　　　　歳 ) |

私は、上記未成年者の親権者として、貴院にて施術を受けることに同意します。

記入日　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 親権者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 　　　(続柄：　　　　)　 ㊞ |
| 親権者住所 |  |
| 親権者電話番号 |  |

※親権者様ご本人がご署名・ご捺印ください。

※親権者の方にご連絡させていただく場合がございます。

　　日中にご連絡可能な電話番号をご記入ください。

ただお整形外科・内科　　東京都町田市忠生2-28-5

TEL:042-793-0201