

親権者同意書

年 月 日

医療法人社団 愛美会

草加メディカルクリニック 御中

私は、申込者が貴院において処置を受けることに同意します。

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

※この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人様でご記入ください。

法定代理人氏名 (親権者)	印
住 所	〒
連絡先	()

医療法人社団 愛美会 草加メディカルクリニック

〒340-0034

埼玉県草加市氷川町2122-1

TEL: 048-949-6042