

親権者同意書

_____年 月 日

共立美容外科 宇都宮院 御中

私は、申込者が、貴院において下記の治療・処置を受ける事に同意します。

治療名：

申込者氏名				印
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）ご本人様をご記入ください。

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	()			