

未成年者親権者承諾書

令和 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