

親権者同意書

平成 年 月 日

手術、処置、治療を申込者が受けることに同意します。

申込者氏名	印
生年月日（西暦）	年 月 日
年齢	
住所	〒
連絡先電話番号	
施術名	

親権者または法定代理人氏名	印
申込者との関係（続柄）	
住所	〒
連絡先電話番号	