

親権者同意書

医療法人財団青輝会
アオハルクリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として、申込者の意思を尊重し法定代理人として、貴院における申込者のすべての診療と治療に同意致します。

記

| | | | |
|-------|---|---|---|
| ふりがな | | | |
| 申込者氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 | 齡 | 歳 |
| 現住所 | | | |
| 電話番号 | — | — | |

西暦 年 月 日

住所:

電話番号:

親権者氏名(法定代理人):

印

(続柄:)

※尚、当院より親権者の方へご確認のお電話を入れさせて頂く場合があります。
ご了承頂けますようお願いいたします。



AOHAL CLINIC
HEALTH AND BEAUTY DESIGN STUDIO