

年 月 日

親権者同意書

私は、申込者の親権者として、申込者が貴院での下記に関する治療を受けることに同意します。

治療内容		
申込者氏名	ふりがな	
生年月日	西暦 年 月 日	歳

*下記は、必ず親権者をご記入ください。

親権者氏名	ふりがな	印
続柄		
住所	〒	
電話番号	() -	

お願い 患者様が未成年のため、治療を実施するにあたり親権者のご同意が必要となります。
お手数ですが、上記に必要事項をご記入・ご捺印のうえ、治療当日にご持参いただきますよう
宜しくお願い申し上げます。