

年 月 日

医療法人社団 豊季会 山本クリニック御中

親権者同意書

私は、申込者の法定代理人として貴院での申込者の下記に同意します。

記

手術名：

申込者	印		
生年月日	／	／	年齢 歳
住所			
連絡先			

法定代理人 (親権者)	印		
続柄			
住所			
連絡先			

法定代理人 (親権者)	印		
続柄			
住所			
連絡先			