

令和 年 月 日

腎内科クリニック世田谷 美容・再生医療外来 御中

親権者同意書

親権者である私は、申込者本人が貴院にて来院・診察・施術（治療・手術）を受けることに同意し、署名いたします。

施術名

▼申込者記入欄

申込者名： _____ ⑩

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢：満 _____ 歳

住 所： _____

連絡先：（自宅・携帯） _____

▼親権者（法定代理人）記入欄 ※必ず親権者（法定代理人）の方が直筆でご記入ください。

親権者（法定代理人）名： _____ ⑩

申込者との続柄： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢：満 _____ 歳

住 所： _____

連絡先：（自宅・携帯） _____