

親権者同意書

京都六角あおやま形成外科皮膚科 御中

私は親権者として(患者氏名) _____ が、貴院にて
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ の施術・処方を受けることに
同意いたします。

ふりがな			
申 込 者			
生 年 月 日	年 月 日 生	年 齢	歳
住 所	〒 _____		
電話番号			

記入日: ____ 年 ____ 月 ____ 日

親権者氏名:

続柄:

住所:

連絡先:

- ・ 高校卒業またはそれに相当する年齢に達していない方は、満 18 歳の成人でもこの同意書をお持ちください。
- ・ 確認のため、お電話させていただく場合があります。
- ・ 全て親権者様にご記入いただいたものをご持参いただきます。