

親権者同意書

令和 年 月 日

つかはら美容外科形成外科クリニック 御中

私は、申込者が貴院において申込者が下記の処置を受けることに同意します。

処置名

申込者氏名				
生年月日	西 暦	年 月 日	年齢	満 歳
住 所				
連 絡 先	()			

法定代理人氏名 (親権者)	印			
生年月日	西 暦	年 月 日	年齢	満 歳
住 所				
連 絡 先	()			