

親権者同意書

とよかわ皮ふのクリニック 御中

記入日：西暦 年 月 日

私は、申込者の親権者(続柄)_____として申込者が下記の施術(手術)を貴院にて行うことに同意します。

施術(手術)名: _____

※必ず申込者ご本人が自署して下さい。

申込者氏名:
生年月日: T・S・H・R 年 月 日 歳
住所:
連絡先電話番号: () -

※必ず親権者ご本人が自署して下さい

申込者氏名:
生年月日: T・S・H・R 年 月 日 歳
住所:
連絡先電話番号: () -

※ご本人及びご家族で施術に対する検討が十分になされているものとし、当院は治療にあたります。治療後のご本人またご家族の意思の相違に関しては対応致しかねます。

とよかわ皮ふのクリニック
愛知県豊川市馬場町薬師88
院長 鈴木さやか
TEL:0533-95-1114