

親権者同意書

平成 年 月 日

神戸居留地クリニック御中

私は、申込者の法定代理人として貴院での申込者の下記手術に同意します。

手術名

| | | | |
|-------|-------|----|--|
| 申込者氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | |
| 住所 | | | |
| 連絡先 | () | | |

| | | | |
|------------------|-------|----|--|
| 法定代理人氏名 (親権者) | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | |
| 住所 | | | |
| 連絡先 | () | | |