

親権者同意書

御所南はなこクリニック

私は、下記の申込者が未成年者であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診療に同意します。

記

ふりがな			
申込者			
続柄		年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号	- -	職業	

平成 年 月 日

親 権 者 :