

親権者同意書

令和 年 月 日

アマソラクリニック 宛

私は、申込者の親権者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		年齢	満
住所			
連絡先			

親権者			
生年月日			
住所			
連絡先			

※親権者様が全て記入ください。