

共立美容外科クリニック札幌 御中

親権者同意書

この欄は受診者をご記入下さい。

治療名
受診者名
受診者住所

私は受診者の法定代理人として、貴院において受診者が上記の治療を受けることに同意します。

この欄は法定代理人(親権者)をご記入下さい。

法定代理人名 (親権者)	印		
受診者との関係			
法定代理人住所			
平成	年	月	日