

親権者同意書

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記手術に同意します。

記

手術名： _____

申込者			
住所			
生年月日	西暦	年 月	日生 / 年齢
連絡先(電話番号)			

法的代理人名(親権者)	印
申込者様との続柄	
住所	
連絡先(電話番号)	