

年 月 日

医療法人秀暁会 コムロ美容外科 御中

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（施術）に同意します。

記

手術名（施術）： _____

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

法的代理人名（親権者）	⑩
申込者様との続柄	
〒 _____	
住所	
連絡先（電話番号） _____	