

親権者同意書

年 月 日

医療法人社団 愛美会
南越谷メディカルクリニック 御中

私は、申込者が貴院において処置を受けることに同意します。

申込者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
年齢	満 歳
住 所	〒
連絡先	()

※この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入ください。

法定代理人氏名 (親権者)	印
住 所	〒
連絡先	()

医療法人社団 愛美会 南越谷メディカルクリニック

〒343-0845

埼玉県越谷市南越谷 1-19-2 アバンセ南越谷 4 階

TEL 048-999-6048