

年 月 日

親権者同意書

オジスキッククリニック御中

私は親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人としてオジスキッククリニックにおける申込者の診療に同意致します。

申込者（自筆）

フリガナ 氏名	印	生年月日	年 月 日	歳
住所	〒			

親権者（自筆）

フリガナ 氏名	印	続柄	
住所	〒		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
電話番号	- -	携帯番号	- -

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。