

年 月 日

親権者同意書

オジスキクリニック御中

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クリニックにおいて
申込人が下記手術を受けることに同意致します。

手術名

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。

治療前に親権者様から医師へ伝えておきたいことがありましたらご自由にお書きください。