

親権者同意書

私は、下記の申込者が18歳未満であることから親権者として申込者の意思を尊重し、
法定代理人として貴院における申込人の診療に同意致します。

記

フリガナ		
申 込 者		
生 年 月 日		年 齢 歳
現 住 所	〒 -	
電 話 番 号	- -	

以上

西暦 年 月 日

親権者名：

親権者との続柄：

住 所：

電話番号(自宅)：

電話番号(携帯)：