

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)：