

親権者同意書

私は、申込者の親権者として、申込者が貴院での下記に関する治療を受けることに同意します。

治療内容			
申込者氏名	ふりがな		
生年月日	西暦	年	月 日 歳

※下記は必ず親権者をご記入下さい。

親権者氏名	ふりがな	印
続柄		
住所	ふりがな	
	〒	
電話番号	()	—

《お願い》 患者様が未成年の為、治療を実施するにあたり親権者の同意が必要となります。お手数ですが、上記に必要事項をご記入・ご捺印の上、治療当日にご持参頂きますよう宜しくお願い致します。

ゆめが丘ファミリー皮膚科

〒245-0017 横浜市泉区下飯田町 818-3 ゆめが丘クリニックモール 3F

TEL : 045-392-4948 Fax : 045-392-4952