

# 親権者同意書

年 月 日

なでしこクリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の処置を受けることに同意します。

処置名

申込者氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 満 歳
住所					
連絡先	( )				

法定代理人氏名 (親権者)	Ⓜ				
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 満 歳
住所					
連絡先	( )				