

親権者合意書

私は、申込者の法的代理人として貴院での申込者の下記手術に合意します。

記

手術名：

※親権者もしくは申込者(未成年者)どらかがご記入ください。

申込者					
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

※下記事項は必ず親権者本人様をご記入ください。

申込者					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					