

# 親権者同意書

年 月 日

医療法人 友和会 たけざわクリニック 御中

私は、申込者の法定代理人として、申込者が下記の施術を受けることに同意します。

施術内容 :

## 【申込者】

申込者氏名				印	
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒				
電話番号					

## 【法定代理人】

法定代理人氏名				印	
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒				
電話番号					