

## 親権者同意書

さかえ皮フ科クリニック 宛

令和 年 月 日

私は、申込者の法定代理人としてさかえ皮フ科クリニックにおいて、下記の治療を受けることを 同意します。

治療内容:

申込者			
生年月日	年	月	日
	年齢		歳

※ 以下の欄は、親権者本人様が記載してください。

親権者	印		
続柄			
住所	〒 —		
連絡先	(自宅)	—	—
	(携帯)	—	—