

医療法人社団 松徳会  
松倉クリニック 院長 松倉 知之 殿

**親権者同意書**

施術名 \_\_\_\_\_

施術年月日 \_\_\_\_\_

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診療に同意致します。

申込者 氏名 \_\_\_\_\_

申込者 生年月日 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

申込者 住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (申込者との続柄)

親権者 住所 〒 \_\_\_\_\_

親権者 電話番号 \_\_\_\_\_