

# 親 権 者 同 意 書

平成 年 月 日

医療法人 美咲会 ふくずみ形成外科 御中

私は、申込者が下記の治療を受けることに親権代理人として署名致します。

治療名：

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

親権代理人	印		
住 所	〒		
連絡先	( )		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳