

親権者同意書

年 月 日

つくばフジクリニック 御中

私は、申込者が貴院において下記の処置を受けることに同意します。

処置名

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

※この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入下さい。

法定代理人氏名 (親権者)	印		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住 所			
連絡先	()		