

親権者御同意書

parental consent form

共立美容外科・歯科 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。
I agree that an applicant receives the following treatment in your clinic.

手術/施術名:

treatment

申込者氏名(Name)

印

生年月日(Date of Birth)

西暦 Y M D
年 月 日

住所(Home Adress)

〒

電話番号(TEL)

▼この欄は必ず法定代理人(親権者)ご本人様をご記入ください▼

法定代理人(親権者)(Legal representative)

印

生年月日(Date of Birth)

西暦 Y M D
年 月 日

住所(Home Adress)

〒

電話番号(TEL)

申込日: 令和 年 月 日

Ky
KYORITSU