

奏の杜すずらん皮膚科 親権者同意書

奏の杜すずらん皮膚科 殿

私は申込者の親権者（続柄 _____）として、申込者 _____ が
下記の施術（手術）を受ける事に同意致します。

施術（処置・手術）名：

* 申込者記入欄 （必ず申込者本人が自署してください）

申込者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
電話番号					

* 親権者記入欄 （必ず親権者本人が自署してください）

親権者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
電話番号					

* 住所、電話番号は申込者と異なる場合にご記入ください。