

年 月 日

親権者同意書

カナクリニック 御中

私は親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人としてカナクリニックにおける申込人の診療に同意致します。

治療名：

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)ご本人がご記入下さい。

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	()						

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。