

年 月 日

三鷹台ヒルズクリニック院長 殿

親権者同意書

私は申込者の法定代理人として、下記治療を受けることを同意します。

記

治療名

●契約申込者

申込者	印		
生年月日	年	月	日生 年齢
電話番号		携帯番号	

●親権者

法定代理人 (親権者)	印	続柄	
生年月日	年	月	日生 年齢
電話番号		携帯番号	