

____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		