

ノエル銀座クリニック 御中

親権者同意書

私は申込者の親権者として、申込者が貴院で下記手術を受けることに同意します。

手術名 _____

申込者氏名 _____

生年月日 _____年_____月_____日 年齢_____

親権者氏名_____印

続柄_____

住所_____

電話番号_____