

親権者同意書

令和 年 月 日

医療法人社団 愛心高会 ウオブクリニック中目黒 御中
申込者が診察、処方、施術、点滴を受けることに同意します。

申込者 記入欄

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 才
住所	〒		
連絡先			

保護者 記入欄

保護者氏名(自署)	印
申込者との関係	
(申込者と住所・連絡先が異なる場合は、下記にご記入ください)	
住所	〒
連絡先	