

見本

親権者同意書

赤坂ティアラクリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診療に同意致します。

記

今回診療を
申込みれる患者様
の項目です

ふりがな	あかさか れいか		
申込者	赤坂 麗華		
生年月日	S・H 1年 6月 19日生	年齢	18歳
現住所	〒350-0046 埼玉県川越市菅原町23-11 コーポティアラ401		
電話番号	090-9229-2100	職業	学生

以上

三親等内での
保護者になられる
方の項目です

※同意書記入日

平成 19年 11月 13日

住所： 長野県長野市北石堂町1182

電話番号： 026-268-1400

親権者名： 赤坂 美子

(申込者との続柄： 母)

捺印を
忘れず
に