

親権者同意書

青山フェイ斯拉ボクリニック
院長 増田路子 殿

年 月 日

私は、申込者の法定代理人（親権者）として青山フェイ斯拉ボクリニックにおいて、診療契約を結ぶことに同意いたします。

治療名

【申込者記入欄】

| | |
|------------|--------|
| 申込者名 | 年齢（ ）歳 |
| 生年月日 年 月 日 | TEL |
| 住所 | |

【親権者記入欄】

| | | |
|-----------------|-----|--------|
| 法定代理人名 (親権者) | 印 | 年齢（ ）歳 |
| 生年月日 年 月 日 | TEL | |
| 住所 | | |

万年筆又はボールペンをご使用の上、必ずご本人がご記入、ご捺印ください。
※住所欄は、省略や「同上」とせず、すべてご記入ください。