

年 月 日

医療法人社団  
ベル美容外科クリニック 御中

## 親権者同意書

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記手術に同意します。

記

手術名： \_\_\_\_\_

### <申込者情報>

氏名	
住所	
生年月日	西暦 年 月 日生 (年齢) 満 歳
連絡先 (電話番号)	

### <親権者情報>

親権者氏名 (法的代理人)	印
住所	
生年月日	西暦 年 月 日生 (年齢) 満 歳
連絡先 (電話番号)	