

記入サンプル

※赤字部分は親権者（法定代理人）様が、すべてご記入いただきご持参ください

親権者同意書

医療法人道心会

恵比寿形成外科・美容クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年者であることから親権者として申込書の意味を尊重し、貴院における申込人の診療（手術・処置・処方）に同意いたします。

診療内容（施術名・処方内容）：**ピアス処置**

ふりがな	えびす はなこ		
申込者	恵比寿 花子		
生年月日	○年 ○月 ○日	年齢	○歳
現住所	〒152-0022 東京都恵比寿南 1-4-15		
電話番号	自宅 03-5725-1115 携帯 090-1234-5678		

令和 ○年 ○月 ○日

住所：〒152-0022

東京都恵比寿南 1-4-15

電話番号：080-1234-5678

親権者名：恵比寿 春子（続柄）母