

【未成年者申込同意書】

銀座for youクリニック 御中

この度下記の申込者が未成年であることから、貴院で行う診療及び治療を受ける事について、法定代理人(親権者)として、申込者の申込に同意致します。

同意書記入日:西暦 年 月 日

<申込者>

氏 名 _____

生年月日 西暦 年 月 日生 歳

住 所 〒 _____

電話番号 _____

<親権者> ※親権者ご本人が署名・捺印してください。

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____