

# 親権者同意書

施術名	
施術予定日	西暦 年 月 日
患者様氏名	
住所	〒 -
連絡先	- -
生年月日	西暦 年 月 日

私は、上記未成年者の親権者（法定代理人）として、貴院で上記の施術を受ける事に同意いたします。

医療法人・再生会 デイクリニック天神 院長 殿

年 月 日

住所

\_\_\_\_\_

親権者氏名

印

\_\_\_\_\_

緊急連絡先

\_\_\_\_\_

※親権者様（法的代理人）が自書にてご記入ください。

※親権者の方に電話連絡することがありますので、日中連絡の取れる番号をご記入ください。

医療法人・再生会 デイクリニック天神  
福岡市中央区天神1-4-2 エルガーラ7階  
TEL : 092-753-6753 (受付時間 9:00~18:00)