

## 親権者同意書

ちばでら皮膚科  
院長 中村聡子 殿

私は申込者の親権者（続柄 \_\_\_\_\_）として申込者 \_\_\_\_\_ が  
下記の施術（処置・手術）を受けることに同意致します。

施術（処置・手術）名：

\* 申込者記入欄（必ず申込者本人が自署してください）

申込者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
電話番号					

\* 親権者記入欄（必ず親権者本人が自署してください）

申込者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				
電話番号					

\* 住所、電話番号は申込者と異なる場合にご記入ください