

親権者同意書

西暦 年 月 日

私は、下記の契約者（未成年）の法定代理人として、以下の治療契約を結ぶことに同意します。

クリニック名	シンシアガーデンクリニック
住所	群馬県太田市南矢島町62
フリーダイヤル	0120-43-6223
TEL	0276-40-6224

年齢確認方法： 保険証 免許証 他（ ）

担当者名： 確認： 西暦 年 月 日

（手術・治療・処方を受ける方のご氏名）

が

（手術・治療名・処方内容）

手術・治療・処方を

シンシアガーデンクリニックで受けることを親権者を代表して同意致します。

◆法定代理人（法定代理人（親権者など）必ずご本人による自署および捺印をしてください）

法定代理人名	印	続柄	
住所	電話番号 ()		

◆契約者（手術・治療・処方を受ける方）

契約者名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			