

親権者同意書

医療法人勾坂会 サキサカ病院 御中

(西暦) 年 月 日

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記手術・治療に同意します。

記

手術・治療名称 _____

申込者

氏名	
住所	〒 -
生年月日	(西暦) 年 月 日 歳
電話番号	- -

法廷代理人（親権者）

氏名		印
申込者様との続柄		
住所	〒 -	
電話番号	- -	