

# 親権者同意書

令和 年 月 日

橋本形成外科・美容皮膚科 御中

私は、申込者が貴院において申込者が下記の処置を受けることに同意します。

施術・手術

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住 所	〒 —		
連絡先	( )		

法定代理人氏名 (親権者)	印		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住 所	〒 —		
連絡先	( )		