

医療法人 吉春会 ヴェルトラクリニック新宿院 宛 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 親権者同意書（未成年）

手術名 \_\_\_\_\_

手術予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術代金（税込） \_\_\_\_\_ 円

### ■ 申込者 記入欄

氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)
電話番号	(携帯)  (自宅)

私は、上記申込者の親権者（法廷代理人）として、申込者が 貴院で上記の手術を記載の金額で受けることに同意いたします。

### ■ 親権者 記入欄

氏名・続柄	(氏名) _____ (続柄) _____ (印)
ご住所	〒
連絡先	

※親権者ご本人様が、全ての欄をご記入・ご捺印ください。

※ご同意いただいた内容について確認のお電話をさせていただく場合がございます。

※同意書の作製が親権者様ではなかった場合の責任は一切負いかねます。