

年 月 日

医療法人社団 豊季会 山本クリニック御中

## 親権者同意書

私は、申込者の法定代理人として貴院での申込者の下記手術に同意します。

記

手術名： \_\_\_\_\_

申込者	印		
生年月日		年齢	歳
住所			
連絡先			

法定代理人 (親権者)	印		
続柄			
住所			
連絡先			