

親権者同意書

豊橋駅前クリニック 殿

記入日：西暦 年 月 日

私は、申込者の親権者（続柄 ）として申込者が下記の
施術（手術）を貴院にて行うことに同意します。

施術（手術）名： _____

※必ず申込者ご本人が自署してください。

申込者氏名	⑩
生年月日	年 月 日
住所	
連絡先電話番号	() -

※必ず親権者ご本人が自署してください。

親権者氏名	⑩
生年月日	年 月 日
住所	
連絡先電話番号	() -

<施行者>

豊橋駅前クリニック

愛知県豊橋市駅前大通 1-46-1 豊鉄ターミナルビル 3 階

Tel: 0120-1075-46 / 0532-51-5250

ご本人またご家族で検討が十分になされているものとし、当院は治療にあたります。

治療後のご本人またご家族の意思の相違に関しては対応できかねます。

院長 松原真依子