

親権者同意書

レイクタウンクリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診療に同意致します。

記

ふりがな	まるやま まるこ		
申込者	○山 ○子		
生年月日	平成 3 年 3 月 3 日生	年齢	18 歳
現住所	〒 343-0826 埼玉県越谷市東町2-8 ○×ハイツ 303号		
電話番号	048 - 988 - 7609	職業	学生

以上

平成 21 年 12 月 1 日

住所 : 埼玉県越谷市東町2-8 ○×ハイツ 303号

電話番号 : 048 - 988 - 7609

親権者名 : ○山 ×夫



(申込者との続柄 : 父)

※ 確認の為、親権者の方へのお電話を差し上げる場合がございます。