親権者同意書

名古屋タワーサイドクリニック　殿

申込日：　　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下さい。

申込者氏名	㊞	生年月日	年　月　日
住　所			
連絡先			

※必ず親権者ご本人が自署して下さい。

親権者氏名	㊞	生年月日	年　月　日
住　所			
連絡先			

＜施行者＞
名古屋タワーサイドクリニック
愛知県名古屋市中村区名駅南 1-8-21
TEL. 052-551-2772