

# 親権者同意書

20 年 月 日

WiCLINIC 御中

私は、申込者が貴院において下記の施術・手術を受けることに同意致します。

## 施術・手術名

申し込み者氏名	印			
生年月日 ( 昭和・平成 )	年 月 日	年齢	満	歳
住所				
連絡先 ( 自宅・携帯 )				

◆この欄は必ず法定代理人（親権者）ご本人様をご記入下さい。

法定代理人（親権者）氏名	印			
申込者との関係				
生年月日 ( 昭和・平成 )	年 月 日	年齢	満	歳
住所				
連絡先 ( 自宅・携帯 )				