

親権者同意書

KM新宿クリニック院長殿

平成 年 月 日

私は申込者の法定代理人として、KM新宿クリニックにおいて診療契約を結ぶことに同意いたします。

診療内容			
申込者名			
生年月日	年 月 日	年齢	
住所			
電話番号	自宅)	携帯)	

法定代理人氏名				印
(親権者)				
生年月日	年 月 日	年齢		
住所				
電話番号	自宅)	携帯)		

 KM新宿クリニック

美容皮膚科・形成外科