

親権者同意書

KM新宿クリニック院長殿

年 月 日

私は、申込者の法定代理人（親権者）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。

治療・施術名：

申込者名		年齢	歳
生年月日	年 月 日	電話番号	()
住所			

法定代理人氏名 (親権者)	①	年齢	歳
生年月日	年 月 日	電話番号	()
住所			