

年 月 日

アイシークリニック新宿院 院長 殿

親権者同意書

申込者が貴院での治療を受けるにあたり、
申込者本人が自己の利益・不利益、治療のリスク、副作用含め十分に理解し、診療を受け、
手術を受ける判断を適切にできることを親権者である私は全て承諾します。

記

●申込者

氏名					
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒				
電話番号			携帯番号		

●同意書

親権者			印	続柄	
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒				
電話番号			携帯番号		

※ 確認のため、連絡させていただく場合がございます。