

親権者同意書

平成 年 月 日

ルネッサンス美容外科医院

私は_____、申込者_____の法定代理人として
貴院での申込者の下記手術に同意します。

手術名

申込者氏名	_____			⑩
生年月日	年	月	日	年齢
住所	〒			
連絡先	()			

法定代理人氏名 (親権者)	_____			⑩
生年月日	年	月	日	年齢
住所	〒			
連絡先	()			