

# 親権者同意書

年 月 日

ルネッサンス美容外科医院

私は \_\_\_\_\_、申込者 \_\_\_\_\_ の法廷代理人として  
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	_____ (印)		
生年月日	年 月 日	年齢	_____
住所	〒 _____		
連絡先	_____ ( )		

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