

親権者同意書

年 月 日

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	()		

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