

\_\_\_\_\_年 月 日

東京美容外科 御中

## 親権者同意書

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の下記手術に同意します。

### 記

手術名

親権者もしくは申込者(未成年者)どちらかがご記入ください。

申込者					
生年月日	年	月	日生	年齢	
住所	〒 -				
電話番号					

下記事項は必ず親権者本人様にご記入ください。

申込者					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					

以上