

# 親権者同意書

名古屋タワーサイドクリニック 殿

申込日：平成 年 月 日

私は、申込者の親権者（続柄 ）として申込者が下記の施術（手術）を貴院にて行うことに同意します。

施術（手術）名： \_\_\_\_\_

※必ず申込者ご本人が自署して下さい。

申込者氏名	⑩	生年月日	年 月 日
住 所			
連 絡 先			

※必ず親権者ご本人が自署して下さい。

親権者氏名	⑩	生年月日	年 月 日
住 所			
連 絡 先			

< 施行者 >

名古屋タワーサイドクリニック

〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅 4-27-6

TEL. 052-551-2772