

## 親権者の承諾書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

性別 :        男        女

生年月日 : 昭和・平成                      年                      月                      日

治療内容 :

親権者である私 \_\_\_\_\_ は、

患者である \_\_\_\_\_ に対して、

青山外苑前クリニックでおこなわれる治療内容を理解し、その実施を承諾いたします。

平成                      年                      月  
日

親権者氏名 : \_\_\_\_\_ ④

住所 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

〒107-0062

東京都港区南青山2-5-17

青山外苑前クリニック

TEL : 03-5772-4575 FAX : 03-5772-4577