

同意書

国際美容外科 御中

私は申込者の保護者として、申込者が貴院で下記診療を受診することに同意いたしました。

記

申込診療名 _____
受診予定日 _____

申込者氏名 _____ (印)
申込者生年月日 西暦 年 月 日 満 歳
申込者住所 〒 -
都 府
県 道 _____

申込者携帯電話 _____
申込者自宅電話 _____

保護者氏名 _____ (印)
申込者との関係 _____
保護者住所 〒 -
都 府
県 道 _____

保護者携帯電話 _____
保護者自宅電話 _____