

年 月 日

親権者同意書

私は _____ が、北みやぎ外科クリニックにて
_____ の施術を受けることに同意します。

施術を受ける本人（未成年） 住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

親権者 住 所 _____

氏 名 _____

間柄 _____

親権者署名 _____



医療法人青翔会

北みやぎ外科クリニック

宮城県大崎市古川幸町1丁目7-20

TEL : 0229-23-8152