

# 親権者同意書

こうふ花輪皮ふ科 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから親権者として、申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診察（ピアス穴あけ）に同意します。

## 記

ふりがな			
申込者			
生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
現住所	〒		
電話番号		職業	

以上

年 月 日

住 所 :

電話番号 :

親権者名 :

印

(申込者との続柄: )

※ 確認のため、親権者の方へお電話を差し上げる場合がございます。