

# 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 \_\_\_\_\_