

親権者同意書

ニドークリニック名古屋 宛

平成 年 月 日

私は、申込者の法定代理人として、ニドークリニック名古屋において、下記の治療を受けることを同意します。

治療内容：

申込者			
生年月日	年 月 日	年齢	歳

※以下の欄は、親権者本人様が記載してください。

親権者	印		
続柄			
住所	〒 —		
連絡先	(自宅)	—	—
	(携帯)	—	—