

# 親権者同意書

西暦 年 月 日

私は、下記の契約者（未成年）の  
法定代理人として、以下の治療  
契約を結ぶことに同意します。

クリニック名 シンシアメンズクリニック

住所 群馬県高崎市高関町368-1

フリーダイヤル 0120-011-427

TEL 027-381-8558

年齢確認方法： 保険証 免許証 他（ ）

担当者名： 確認： 西暦 年 月 日

（手術・治療・処方を受ける方のご氏名）

が

（手術・治療名・処方内容）

手術・治療・処方を

シンシアメンズクリニックで受けることを親権者を代表して同意致します。

◆法定代理人（法定代理人（親権者など）必ずご本人による自署および捺印をしてください）

法定代理人名	印	続柄	
住所	電話番号 ( )		

◆契約者（手術・治療・処方を受ける方）

契約者名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			