

未成年者親権者 承諾書

年 月 日

EXCEED CLINIC 御中

私は、 _____ が治療を受けることに親権者として、民法第5条第1項に同意・承諾し、署名いたします。

■未成年者(申込者)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

■親権者(法定代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

当該未成年者との続柄 _____

以上