神戸ルミナスクリニック　宛

親権者同意書

私　（保護者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、治療・手術を希望する（本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の保護者であり、未成年者である本人が神戸ルミナスクリニックにおいて治療・手術を受ける事に同意します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿