

未成年者親権者同意書

西暦 年 月 日

L S I 札幌クリニック 御中

申込者が下記の間ドック・検査を受けることに親権者として同意し、署名致します。

人間ドック・検査名 _____

申込者氏名				印
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳	
住所	〒			
電話番号	()			

親権者氏名				印
	(申込者との関係)			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳	
住所	〒			
電話番号	()			