

# 親権者同意書

平成 年 月 日

医療法人十美会 トキコクリニック 御中

私は、申込者がPRP療法(自己多血小板血漿療法)について治療同意書の説明を受け、説明された内容を理解し納得しましたので、貴院において下記の治療を受けることに同意します。

治療名 PRP療法(自己多血小板血漿療法)

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所			
連絡先			

法定代理人氏名 (親権者)	印		
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
住所			
連絡先			