

親権者同意書

平成 年 月 日

医療法人十美会 TKCビューティホームクリニック 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 | | | | |