

親権者同意書

年 月 日

医療法人十美会 トキコクリニック四条 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事に同意します。

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	年 月 日	年齢	満 歳
住所			
連絡先			

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