

法廷代理人（親権者）治療同意書

カズ博多クリニック院長殿

記入日 年 月 日

私 _____ は、患者 _____ が貴院で治療（勃起不全）を受けることを、親権者として承諾いたします。

親権者氏名 _____ 印 続柄 _____

住所 〒 _____ - _____

連絡先電話番号（自宅） _____

連絡先電話番号（携帯） _____