

# 未成年者親権者承諾書

20 年 月 日

医療法人社団恒正会そねクリニック新宿 御中

私（親権者）は、\_\_\_\_\_（未成年者）が そねクリニック新宿において  
低用量ピルの処方を受けることに親権者として同意し、署名いたします。

未成年者氏名	印		
生年月日	(西暦) 年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			

親権者氏名	印 (上記未成年者との関係： )		
生年月日	(西暦) 年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			