

# 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  
生理延長用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						