

同意書

プレママクリニック 御中

記入日 年 月 日

検査名 新型出生前診断

検査予定日 年 月 日

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	〒
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅： 携帯：

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、
貴院で上記の検査を受けることに同意いたします。

親権者氏名

印

続柄

ご住所

自宅：

電話番号 携帯：

※親権者(法定代理人)様が、全てご記入いただきご持参ください。