

親権者同意書

表参道 メディカルクリニック 宛

申込者である_____の親権者(法定代理人)として、

私が、同席しない場での診療・施術の説明であっても、自己の利益を十分に理解
検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容について、申込者の判断で診療契約を取り交わすことに
同意します。

◆私こと、親権者記入欄

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者様氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号(ご連絡可能な番号) _____

※確認のため、ご連絡をさせていただく場合がございます。

以下余白