

# 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