

親権者同意書

カルテ NO _____

医療法人社団清優会 はなふさ皮膚科 御中

私の子である _____ は、

親権者である _____ が同席しない場での診察・施術の説明であっても

自己の利益を十分に理解検討し、受信の必要性を判断できることを認めます。

よって今回の施術内容である _____ について

子の判断で診療契約を取り交わすことに親権者としても同意します。

親権者記入欄

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名 _____

ご住所 _____