

未成年者親権者同意書

あやこ長久手皮膚科 殿

私は、申込者の親権者として申込者が貴院の治療・施術の説明を十分に理解し自己の利益とリスクについて判断できると認め、貴院と診療契約および支払い契約を締結することに同意いたします。

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療内容 _____

●申込者（必ず申込者の「自署」及び「捺印」が必要になります。）

申込者氏名				印		
生年月日	年	月	日	年齢	満	歳
住所	〒					
電話番号 (携帯可)						

●親権者（必ず申込者の「自署」及び「捺印」が必要になります。）

申込者氏名				印		
生年月日	年	月	日	年齢	満	歳
住所	〒					
電話番号 (携帯可)						