

未成年者の方の治療に関する親権者同意書

親権者の方は、下記をお読みいただき同意・承諾いただいた場合は☑してください。

- 私は親権者として、下記の申込者が当院において診察・治療を受けることに同意・承諾し、下記に署名します。
- 当院での診察・治療は、すべて保険外診療（自費診療）であることにも同意・承諾いたします。

【注意事項】

- ・親権者の方で診療や治療に関するご質問がある場合は、初回診察時に必ずご同伴いただきますようご協力をお願い致します。
- ・診察・治療に際し、確認のため親権者の方にご連絡させていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。（日中つながりやすい電話番号をご記入お願い致します。）

※必ず申込者ご本人が自署してください。

西暦 20 年 月 日

- ・ 申込者ご氏名
- ・ ご住所
- ・ ご連絡先
- ・ 生年月日 年 月 日生
- ・ 年齢 歳

※必ず親権者ご本人が自署してください。

- ・ 親権者ご氏名
- ・ ご住所
- ・ ご連絡先(日中つながりやすい電話番号)