

# 親権者同意書

東京八丁堀皮膚科・形成外科 院長宛

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・承諾いたします。

■申込者記入欄 記入日 年 月 日

氏名： ⑩

住所： 〒

電話番号：

■親権者記入欄 記入日 年 月 日

親権者氏名： ⑩

申込者との続柄（ ）

住所： 〒

電話番号：

※確認の為、当院よりご連絡させていただく場合がございます。