

親権者同意書

よしもと形成外科クリニック 御中

甲は、親権者である乙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、受療の必要性を判断できることを認めます。
よって、今回の相談内容である医療行為等について甲の判断で診療契約を取り交わすことに
法定代理人親権者として民法第5条1項により同意・承諾いたします。

*契約申込者(甲)

氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 ー

*法定代理人親権者(乙)

※この欄は必ず法定代理人がご記入ください。

氏名	(自署)	印	続 柄	
生年月日	西暦	年	月	日 (満 歳)
住 所	〒 ー			
ご連絡先	TEL			
記入日		年	月	日

※確認の為、ご連絡させていただく場合があります。

お問い合わせ先 TEL: 088-676-4490

診療時間: 9:00~18:00