

未成年者の方の治療に関する親権者同意書

真弓愛メディカル御中

下記をお読みいただき、承諾いただいた場合は☑してください。

私は、下記の申込者が未成年であることから、親権者として、貴院において診察・治療を受けることに同意し、署名します。

貴院での診察・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。
(初回診察・登録料 3240円、その他治療費用が別途かかります)

【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。(日中に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。

○診察日 平成 年 月 日

・申込者氏名 印

・住所

・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。

平成 年 月 日 (※記載していただいた日をご記入ください)

・親権者氏名 印

・住所

・連絡先

・