

カルテ NO. _____

親権者同意書

医療法人社団清優会 はなふさ皮膚科 池袋院 御中

私の子である _____ は、

親権者である _____ 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、今回の相談内容である _____ について

子の判断で診療契約を取り交わすことに親権者としても同意します。

↓親権者記入欄

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____

住所 _____