

● ● ● 親権者同意書 ● ● ●

カルテNo _____

みこ皮膚科クリニック御中

(手術を受ける人の名前)

_____ は、

(親権者の名前)

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 _____



みこ皮膚科クリニック

MICO Dermatology Clinic

Tel. 079-298-1535