

親権者同意書

医療法人やのクリニック

申込者である_____（施術を受ける方のお名前）

の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場合の診療・施術であっても、自己の利益および施術に伴う合併症を十分理解・検討し、
施術を受けること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_____

（施術名）について、本人の判断で診療契約を取り交わすことに
同意します。

記入年月日 _____ 年 月 日

氏名 _____

本人との続柄 _____

住所 _____

電話番号（親権者携帯） _____