

親権者同意書

OMOTESANDO Wiz CLINIC 御中

私の子である甲は、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。

相談内容：

診察日：西暦 年 月 日

◆契約申込者（甲）

氏名	
生年月日	
住所	〒 -

◆法定代理人親権者（乙）

氏名	印 (続柄：)
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -
電話番号	

※確認のためご連絡させていただく場合がございます。