

未成年の方の診療および施術に関する親権者同意書

神奈川皮膚のできものと粉瘤クリニック 古林形成外科 横浜院 御中

- ・申込者が貴院において診察、治療を受けるにあたり、申込者自身が治療のリスク、副作用や合併症を含め自己の利益、不利益を十分に理解し、診察を受け、手術を受ける判断を適切に行えることを、親権者である私は全て承諾します。
- ・治療（手術、処置）に関して、緊急または必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。

年 月 日

申込者（必ず申込者ご本人が自署してください）

氏名	
生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所 〒	
電話番号	携帯番号

親権者（必ず親権者ご本人が自署してください）

氏名 印	続柄
生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所 〒	
電話番号	携帯番号

診察・治療に際し、確認のため親権者の方にご連絡させて頂くことがございますので、あらかじめご了承ください。（日中つながりやすい電話番号をご記入お願い致します）