



親権者同意書

RIGEL Clinic 御中

(甲)

ご契約者様の氏名

氏名

ご契約者様の住所

ご契約者の生年月日

年

月

日 (

歳)

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。

記入日

(乙)

親権者氏名

氏名

(続柄:

)

印

親権者住所

親権者電話番号

※親権者様ご本人が署名・捺印してください

※記入内容確認のお電話をする場合があります

※同意書に不備があるときはカウンセリングを受けられませんのでご注意ください

※ご記入いただいた個人情報はご契約の同意確認のみ使用し、他の目的には使用しません