

親権者同意書

桜台メディカルクリニック 院長殿

私、 _____ (保護者) は、

_____ (受診者) が

桜台メディカルクリニックで、診察、処方・検査を受けることに同意します。

年 月 日

保護者氏名 (自署) _____ 続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

※病院からの電話にすぐ対応できる連絡先をご記入ください。

【留意事項】

未成年とは、18歳以下の高校生までの方になります。

中学生以下の方は必ず保護者の同伴が必要です。