

かしわ形成外科クリニック 御中

記入日： 年 月 日

## 親権者（法定代理人）同意書

私は、下記診療契約者（未成年者）が診療・施術の説明を十分に理解し、受療の必要性を判断できると認めます。よって、相談内容に対する医療行為等の契約について、民法第5条1項により、法定代理人親権者として同意いたします。

### ◎ 親権者（法定代理人）

未成年者続柄（ ）

住所 \_\_\_\_\_

親権者（法定代理人）氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日（満 歳）

電話番号 \_\_\_\_\_

### ◎ 契約者（未成年者）

契約者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日（満 歳）

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_