

保護者同意書

あきえ皮膚科クリニック 御中

(施術を受ける予定の患者様のお名前) _____が

_____の治療を受けることに同意致します。

親権者が同席しない場での診療・施術の説明であっても今回の相談内容である治療について子の判断で診療契約を取り交わすことに、同意・承諾致します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印) (続柄 _____)