

# 親権者同意書

医療法人社団一星会 文庫皮膚科クリニック 御中

私は、下記の申込者が未成年であることから、申込者の法的代理人として貴院における申込者の診療に同意致します。

また、診療内容に応じ患部の写真撮影を行うことに同意し、申込者が自己判断で治療の中断や中止を行った結果、また申込者自身のケアや注意が不足したことによって生じた結果について貴院に異議を申し立て致しません。

## 記

フリガナ			
申込者名			
生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)		
現住所	〒		
電話番号	( )	職業	

以上

令和 年 月 日

住所：〒

電話番号： ( )

親権者名： ①

(申込者との続柄： )