

患者ID: _____

親権者同意書

南新宿クリニック 耳鼻科・小児科 宛

受診者 _____ の親権者として、受診者自身で
医師の説明を理解し、処置を受ける必要性を判断できる能力があると認めます。
よって今回、私 _____ の同席なしに
貴院を受診することに同意いたします。

親権者ご記入欄

【ご記入日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【ご住所】 _____

【電話番号】 _____

【親権者ご氏名】 _____ 印 (続柄: _____)