

親権者同意書

私は、わたくしの子である _____ が、診療・施術についての説明を受け、事故の利益を十分に理解して受信の必要性を判断できると認めます。

つきましては、この判断でMK CLINICとの診療契約を結ぶことに親権者として同意いたします。

署名日 年 月 日

氏名 ⑩

続柄

住所

電話番号

※必ず親権者様の直筆でご記入をお願いいたします。