未成年者同意書

千里中央スキンクリニック殿

私、（保護者同意書）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、（続柄）＿＿＿＿＿＿は、

（本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の

治療・カウンセリングを受ける事に同意致します。

尚、この度のカウンセリングに関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が
生じた場合は貴院の指示に従いますので善処される事を希望致します。

令和　　年　　月　　日

住所：

緊急連絡先：（　　）

保護者氏名：　　印

※当院の未成年の患者様の同意書について
未成年の患者様の保護者の方の同意書は、当面の間 20 歳未満とさせていただきます。
何卒ご理解をよろしくお願いいたします。