

# 親権者同意書

年 月 日

医療法人 福美会  
ヒロクリニック  
院長 岡 浩子殿

【下記未成年者法定代理人・親権者】

住 所

氏 名 ⑩

未成年者との続柄

私は下記の未成年者の法定代理人・親権者として次の事項に同意いたします。

記

下記の未成年者が当院で施術・手術を受けること。

【未成年者】

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日(満 歳)

上記の未成年者が受ける施術・手術は次の内容であること。

施術・手術名

施術・手術に関し当院が行った説明・要請について、法定代理人・親権者は承諾・遵守し、上記の未成年者にも同様に対処させる責を負うこと。

施術・手術に関わるその他の事柄について、法定代理人・親権者は承諾・遵守し、上記の未成年者にも同様に対処させる責を負うこと。

以上