親権者の方へ

患者様が未成年でいらっしゃるため、治療を行うにあたり親権者の同意が必要となります。
お手数ですが、必要事項をご記入いただき、当院にご提出ください。

新宿アトムクリニック 御中

親権者同意書

申込者氏名

生年月日（西暦）　　年　　月　　日

私は、上記申込者が未成年または、判断能力が不十分であることから親権者（他に共同親権者がいる場合には、私が同親権者の代表者）として申込者の意思を尊重し、法定代理人として貴院における申込人の診察および診療に同意します。

年　　月　　日

住所

電話番号

親権者氏名　　印

（申込者との続柄：　　）

ATOM CLINIC

新宿アトムクリニック　00618