

親権者同意書

たなか整形漢方クリニック 御中

私の子である甲は、親権者である乙が同席しない場での治療の説明であっても、
子の判断で治療する事に承諾いたします。

(甲)

氏名:

生年月日:

住所:

(乙)

住所:

氏名:

印

当該未成年者との続柄()