



未成年の方の受診における 保護者承諾書

受診者は17歳以下の未成年です。保護者として、まえだウィメンズケアクリニックで自費診療および保険診療を受療することを承諾します。

診療内容の選択について、受診者が決めた内容を支持し、異議申し立て致しません。

記載年月日： 年 月 日

受診者氏名：

保護者署名（自筆）： 印

受診者との続柄：

保護者電話番号：

クリニックからお知らせ

- * 本書類は、保護者の方が記載・自筆署名・捺印し受診時に受診者本人が持参してください。
- * 小学卒業前の受診者は保護者の同伴が必要です。
- * 保護者の方が受診時に同伴する場合に本書類は不要です。
- * 治療上必要な場合には、保護者へクリニックが直接連絡を取ることがありますことをご承知ください。