

吉井クリニック 親権者同意書

_____ が

診療・治療の説明について十分に理解し、治療の効果やリスクに関する判断が可能であることを認め、吉井クリニックとの診療契約を交わすことを親権者として同意します。

親権者氏名

印

親権者続柄

親権者住所 〒 _____

患者氏名

患者住所 〒 _____

年 月 日

同意書の作製が親権者様ではなかった場合の責任は一切負いかねます。