

未成年者親権者承諾書

年 月 日

上り口歯科医院 御中

この度、下記の者が未成年であることから、親権者として貴院において申込者が
診療及び治療を受けることに同意し、署名致します。

申込者氏名	印		
住 所			
連 絡 先	()		
生年月日	西暦 年 月 日	年 齢	才

親権者

親権者氏名	印 (申込者との関係)		
住 所			
連 絡 先	()		

【注意事項】

- ・初診の診療中は必ず親権者が同席して下さい。不在時には診療はできかねます。
- ・初診以外で、診療・治療に際し親権者が同席されない場合には、ご連絡して確認
させていただくことがありますので、予めご了承下さい。