

記入日 年 月 日

医療法人社団鶴川さくら会  
鶴川さくら病院 宛

## 親権者同意書

未成年の方がお一人で受診される場合、親権者の方の同意書を提出して頂いております。  
三親等以内の方が同伴される場合には、ご記入不要です。

私は、下記の者が貴院で診療を行うことに、親権者として同意します。

■親権者

続柄 ( )

署名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

■来院者（未成年者）

氏名： \_\_\_\_\_

※本書の記入には、全ての項目を親権者様をご記入下さいませ。  
※本書をお持ち頂けない場合には、診療等をお断りさせていただきます。

以上