



グランプロクリニック銀座

親権者同意書

_____が、下記の診療・施術の説明について十分に理解し、自己の利益とリスクに関する判断が可能であることを認め、グランプロクリニック銀座と同意の上、診療・処置・施術に関わる費用の支払いをすることを親権者として同意いたします。

診療・施術内容

上記の診療・施術及びそれに付帯する治療・投薬

年 月 日

親権者氏名 _____ ④

親権者住所

患者氏名 _____

患者住所
