

**18歳未満の未成年者の検査・治療のための同意書**

親権者様各位

当院では、18歳未満の未成年の患者さま（以下、「未成年者」といいます）が親権者様のご同席の有無に関わらず検査・治療を受け、及び/又は商品や治療コースを申込みする場合、親権者様(他の共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表者とします)によるご同意を事前に頂いております。

検査・治療に親権者様のご同席が難しい場合、本同意書にご署名・ご捺印の上、未成年者様にお渡し下さいますようお願い申し上げます。ご持参なき場合には、当院は検査・治療をお断りさせて頂いております。また、可能な限り、親権者様にはカウンセリング時、治療時にはご同席をお願いしております。

※当院では、治療前に担当カウンセラーから親権者様へ確認のご連絡をさせていただく場合がありますので、連絡先のご記入と確認連絡の可・不可をご選択下さいますようお願い申し上げます。

**【親権者同意書】**

医療法人社団 同仁会診療所  
クリニック・ル・ギンザ 御中

平成 年 月 日

私（法定代理人親権者）は、下記の未成年患者の親権者として、未成年者が、自身の判断で貴院での検査・治療およびそれに附随する治療契約をすることについてあらかじめ同意致します。

●未成年者（患者さま） ※必ず親権者また患者さまご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_

●親権者（他に共同親権者がいる場合には、共同親権者の代表者として）

※必ず親権者ご本人の「自署」及び「捺印」が必要になります。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) \_\_\_\_\_ 当該未成年者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

確認連絡 可 ・ 不可 \_\_\_\_\_

※確認連絡が不可の場合には、親権者様の確認となる身分証明書のコピーなどお添え下さい。

確認後すみやかに返却いたします。

医療法人社団 同仁会診療所  
クリニック・ル・ギンザ

東京都中央区銀座四丁目一番先 北数寄屋ビル B1F