

延吉美皮膚專科診所
【未成年自費治療項目家長同意書】

_____君未滿十八歲，法定代理人_____同意其至延吉美皮膚專科診所 穿耳洞 門診手術 其他自費治療_____，雙方經說明後清楚瞭解其治療項目。

醫療處置過程中法定代理人 可陪同 無法陪同，由其他親屬陪同

關係：_____

姓名：_____特此證明。

立同意書人

姓名：_____ (簽章)

身分證字號：_____

法定代理人

姓名：_____ (簽章)

身分證字號：_____

關係：_____ 電話：_____

法定代理人身分證影本 正、反面黏貼處

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日