

未成年者保護者承諾書

20 年 月 日

医療法人社団東信会新宿南内科・健診センター 御中

私（保護者）は、_____（未成年者）が、
新宿南内科・健診センターにおいて**低用量ピル**の処方を受けることに保護者として
同意し、署名致します。

未成年者氏名（自筆）			印
生年月日	(西暦) 年 月 日		歳
住所			
連絡先			

保護者氏名（自筆）			印
	(上記未成年者との関係：)
生年月日	(西暦) 年 月 日		歳
住所			
連絡先			