

# 保護者同意書

20 年 月 日

御中

私（保護者）は、\_\_\_\_\_（未成年者）が、  
医療法人社団東信会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			