



# CONSENT LETTER

## FOR MEDICAL EXAMINATIONS AND/OR TREATMENT BY GUARDIAN OR CAREGIVER WHEN UNACCOMPANIED BY PARENT(S)

미성년자 진료 및 치료 목적으로 부모 없이 후견인/대리인과 내원시 위임장 양식

이름 : ..... 여권번호:.....

어머니(모)       아버지(부)       법적 후견인/ 대리인

미성년자 이름 : ..... 생년월일:.....

아들       딸

저는 패밀리 메디컬 클리닉의 의료진이 의료 목적을 위한 진료와 치료를 저의 자녀에게 제공함을 동의합니다.

저는 이 내용을 숙지하였으며, 명확히 이해 하였음을 증명합니다.

저는 (후견인/대리인 이름).....(여권번호).....가(이)

저의 자녀를 동반하고 패밀리 메디컬 클리닉 (Family Medical Practice)에서  
(날짜: 일/월/년도).....에 진료 및 치료를 받는 것을 위임하며, 동의합니다.

저는 환자의 진료 중 발생하는 치료 및 의료 케어와 관련된 타당한 비용에 책임이 있다는 것을 인정합니다.

서명: ..... 날짜: .....

(모, 부 또는 법적 후견인/대리인)

응급 의료 상황이 발생할 경우, 저의 (휴대폰 번호)..... (이메일)

.....로 연락해 주십시오.