



第三方同意对未成年人提供治疗授权书

我是 父母
 监护人
 其他有法定监护权的人 _____
(描述合法关系)

(未成年人姓名)_____是未成年人。

我特此授权(代理人名称) _____, 作为我的
代理人同意任何 X 光检查, 麻醉, 医疗, 外科或牙科的诊断或治疗, 以及由亚太社区医疗中心
(APHCV) 所属任何持牌医生所推荐的普通或专科医院护理, 无论这种诊断或治疗是在诊所还是在
医院。

我明白这项授权是在任何特定的诊断, 治疗或医院护理之前提供的, 以授予上述代理人有权同意由
持牌医生或牙医所推荐的任何及所有的诊断, 治疗或医院护理。

该授权是根据“家庭法”第 6910 条的规定。

根据“家庭法”第 6910 条的规定, 我特此授权 APHCV 向上述未成年人提供治疗, 在治疗完成期间将
该未成年人的实际监护权授予上述代理人。此授权是根据健康和安法规第 1283 条。

此项授权有效期至(月/日)_____, 20_____,

除非提前以书面形式向上述代理人提出撤销(以一年为上限)

日期 : _____

签名 : _____

正楷书写姓名: _____

(请圈出以下关系: 父母/法定监护人/持有法定监护权的人)