



## 医療同意能力のない未成年者への医療行為同意代行者に対する承認

私は  親  
 保護者  
 親権を持つ後見人 \_\_\_\_\_  
(合法関係を記述して下さい)

の (未成年者の名前) \_\_\_\_\_, 未成年者.

私はここで (代理人の名前) \_\_\_\_\_ に、診断や治療が医師のオフィスまたは病院で行われるかどうかに関わらず、アジアパシフィックヘルスケアベンチャー (APHCV) で資格を持つ医師に認可を受けた、一般または特別な監督の下で行われるX線検査、麻酔、医療、外科、歯科の診断や治療、及び病院でのケアに同意する代理人として許可します。

この認可は特定の診断、治療、および病院でのケアが必要とされる前に行われますが、認可された医師または歯科医が推薦する診断、治療、または病院でのケア全てに同意する権限を前記代理人に与えています。

これは家族法第6910条の規定に準じて承認されています。

私はここで家族法第6910条の規定に従い、上記の未成年者に治療を提供するAPHCV が未成年者の身体的な親権を治療の完了時に上記の代理人に引き渡すことを認めます。この承認は、医療安全法第1283条に基づいて定められています。

これらの認可は(月日) \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ まで、上記の代理人に書面で直ちに取消されない限り (最大1年間) 有効です。

日付 : \_\_\_\_\_

署名 : \_\_\_\_\_

印字名 : \_\_\_\_\_

(関係性を丸で囲んで下さい: 親、法定保護者、親権を持つ後見人)