เอกสารขออนุมัติจากผู้ปกครอง

ข้อมูลผู้รับบริการ	ชื่อ-นามสกุล		วันเดือนปีเกิด		เพศ	
	เบอร์ติดต่อ					

ข้อมูลผู้ปกครอง	ชื่อ-นามสกุล		วันเดือนปีเกิด		เพศ	
	เบอร์ติดต่อ				สถานะ	

วันเข้ารับบริการ	วันที่ เดือน ปี
บริการที่ได้รับ	

ในฐานะเป็นผู้ปกครองตามกฎหมาย
ท่านได้รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงและข้อควรระวังในการเข้ารับบริการที่มิวส์คลินิก
และอนุญาตให้คุณ_____เข้ารับบริการ,
โดยไม่คัดค้านขั้นตอนการทำงานของแพทย์ใดๆ,
และยินดีรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวในฐานะผู้ปกครองตามกฎหมาย

วันที่เขียนรับการอนุมัติ : วันที่ เดือน ปี

ชื่อผู้เข้ารับบริการ : (ลายเซ็น)

ชื่อผู้ปกครอง : (ลายเซ็น)