

未成年者治療同意書

きたはたファミリークリニック 御中

わたしは、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人として、貴院に於いて申込者が 診療及び治療を受けることに同意致します。尚、この度の治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な 処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

同意書記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者： 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (印)

親権者： 住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (印)