

未成年者 診療および治療同意書

麻布皮フ科クリニック御中

この度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。

異議申し立てする事はありません。

同意書記入日： 平成 年 月 日

申込者氏名： （自署） ⑩

住所：

電話番号：

親権者： （自署） ⑩

住所：

電話番号：

申込者との続柄 （ ）