

未成年者治療同意書

おちあい皮膚科クリニック 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、

法的代理人として、貴院において申込者が診療・治療を受けることに同意致します。

(同意書記載日) 平成 年 月 日

申込者： 住所

電話番号

氏名

⑩

親権者： 住所

電話番号

氏名

続柄() ⑩