

未成年者治療同意書

上本町皮膚科クリニック院長 殿

私は、下記の申込者が未成年、又は判断能力が不十分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ける申込人の診察及び診療に同意致します。

記

治療内容 _____

申込者 _____ 印

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

住所

親権者または法定代理人

氏名 _____ 印 (申込者との続柄)

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

住所

