

未成年者治療同意書

医療法人 涼葵会 W CLINIC 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、貴院に於いて申込者が(手術名・施術名) _____ を受けることに同意致します。

※確認事項等で親権者様にご連絡をさせて頂く場合がございます。
ご了承くださいませ。

同意書記入日：令和 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)