

未成年者治療同意書

心齋橋 Ai 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。

治療内容： _____

治療金額： ¥ _____

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： _____

続柄： _____

氏名： _____ 印