

## 未成年者同意書

治療名

治療予定日

年

月

日

申込者氏名

住所

〒

連絡先

生年月日

年

月

日

(満

歳)

私は、貴院で上記の治療を受けることに、

上記未成年者の親権者（法定代理人）として同意し、署名いたします。

親権者氏名



続柄

住所

〒

連絡先