

記入年月日 令和 年 月 日

未成年者（20歳未満の方）の診察及び治療に関する親権者同意書

※15歳以上の高校生から20歳未満の方が対象となります
中学生以下の方は必ず親権者・保護者のご同伴が必要です

治療名 _____

治療予定日 年 月 日 _____

申込者氏名 _____

生年月日 年 月 日（満 歳） _____

住所 〒 _____

連絡先 _____

私は、貴院での上記の治療を受けることに

上記未成年者（20歳未満）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 _____