

未成年者治療同意書

佐藤まさひでクリニック ソララクリニック 御中

私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、貴院において申込者が診療・治療を受けることに同意致します。

(同意書記載日) 平成 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

続柄()