

未成年者治療同意書

ソラクリニック 御中

私は下記の申込者が未成年であることから 法定代理人・親権者として申込者の意思を尊重し、
貴院において申込者が診療・治療を受けることに同意いたします。

(同意書記載日) 年 月 日

申込者 : 電話番号

: 氏名

親権者 : 住所

: 電話番号

: 氏名

続柄 ()
