

未成年者同意書

医療法人社団 孝昭クリニック 御中

私は、親権者として、(患者様氏名) _____ が、貴院にて
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に _____ を受けることに
同意致します。関連施術に限り1年間有効とします。

(同意書記載日) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名 _____ ⑩

続柄 (_____)

住所 _____

連絡先 _____

.....
親権者の方へのお願い

※必ず親権者の直筆でご記入ください

※印鑑はシャチハタ以外のものをご使用ください

※用紙はこの用紙でなくても結構です