

未成年者治療同意書

治療内容

治療予定日 年 月 日

【治療を受けられる方(未成年者)】

氏名		
ご住所	〒	
生年月日		
電話番号	自宅：	携帯電話：

【親 権 者】

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の治療を受ける事に同意いたします。

氏名	印	続柄 ()
ご住所	〒	
生年月日		
電話番号	自宅：	携帯電話：

※親権者(法定代理人)ご本人様が、すべての欄を直筆でご記入・ご捺印ください。

- ・ご記入は直筆をお願いします。
- ・パソコンなどで入力・印刷したものは無効です。
- ・親権者様の署名があっても治療名・治療予定日・治療院等の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は無効となり、治療をお受け頂くことができません。