

## 未成年者治療同意書

武藏浦和はるの形成外科スキンクリニック 御中

わたしは、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、法定代理人として、貴院に於いて申込者が診療及び治療を受けることに同意いたします。尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

同意書記入日： 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( )