

未成年者治療同意書

()の保護者として、はだいろはクリニックにおいて、()
に関する治療を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日

保護者氏名

住所

電話番号

*保護者の方へのお願い 患者様が未成年でいらっしゃる場合、治療を行うにあたり保護者の方の同意が必要となります。お手数ですが必要事項をご記入の上、治療当日お持ちくださいますよう、お願いいたします。確認の為ご連絡させていただく場合がございますのでご了承くださいませ。なお、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。