

未成年者治療同意書

はだいろはクリニック
院長 井上 礼奈 御中

私は、下記の患者の親権者または法的代理人として、申込者の意思を尊重し、
はだいろはクリニックにおいて申込者が（ ）を受けることに同意致します。

尚、この度の治療に関して緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従います。

同意年月日： 年 月 日

【申込者】

氏名：

【親権者】

氏名：

住所：

電話番号：

※保護者の方へのお願い

ご記入については、必ず親権者（法定代理人）様の直筆でお願いいたします。
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。
確認のため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。

はだいろはクリニック

〒562-0043 大阪府箕面市桜井1丁目7-20 宝メディカルビル2F

電話番号 072-737-7304