

未成年の方で手術・治療をご希望される方は、保護者の承諾が必要になります。

未成年者 治療同意書

おぎはら皮膚科 殿

私は下記の申込者が未成年であることから、保護者として申込者の意思を尊重し、貴院において申込者が下記の診療・治療を受けることに同意します。

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。

記入日 西暦 年 月 日

治療・施術名	
申込者氏名 <small>(治療・施術を受ける方のご氏名)</small>	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)

※この欄は必ず保護者の方がご記入、ご捺印ください。	
治療・施術を受ける方との続柄	
保護者氏名	Ⓜ
住所	
連絡先 電話番号	