未成年者診療および治療同意書

神戸山手クリニック御中

この度、下記の申込者が未成年であることから、貴医院に於いて

申込者が診療及び治療を受けることに、親権者として同意致します。

同意書記入日：　　年　　月　　日

申込者氏名：

住所：

電話：

親権者：　　㊞（自署）

住所：

電話：

申込者との続柄（　　）