

医療法人社団 ウィステリア会

サクラアズクリニック天神 御中

未成年者同意書

私、 _____ (保護者氏名) _____ (続柄) は、
 _____ (本人氏名) が、 _____ の
治療・カウンセリングを受けることに同意いたします。

尚、この度の治療・カウンセリングに関して、緊急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、善処される事を希望致します。

治療・カウンセリング日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

契約金額： _____ 円

麻酔の使用： 無・有 (局所麻酔、クリーム麻酔、その他) _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

保護者 _____ 印