

医療法人社団 北安会  
アズクリニック福岡院 担当医師 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