

# 未成年者 診療および治療同意書

協和メディカルクリニック御中

この度下記の申込者が未成年であることから親権者として貴医院に於いて申込者が診療及び治療を受けることに同意致します。

同意書記入日：平成 年 月 日

申込者氏名：

住所：

電話：

親権者：(自署)

印

住所：

電話：

申込者との続柄（ ）