

## 未成年者治療同意書

たかいわクリニック 御中

私は、(申込者氏名)が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人として、貴院に於いて申込者が診療及び治療(治療内容)を受けることに同意致します。異議申し立てする事はありません。

(同意書記載日) 平成 年 月 日

申込者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

住所： \_\_\_\_\_

親権者： \_\_\_\_\_ (自署)

住所： \_\_\_\_\_