未成年者治療同意書

大宮中央クリニック御中

〒３３０－０８０２　　さいたま市大宮区宮町１－１５松屋ビル５階
TEL０４８－６５７－０５１２

本日、依頼者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、大宮中央クリニックで

『＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿』の治療を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受け、すべて了承した上で治療致します。
尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に処置が必要な事が起こった場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

平成　　年　　月　　日

依頼者：住所

TEL（　　）―（　　）―（　　）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

保証人：住所

自宅 TEL（　　）―（　　）―（　　）

携帯 TEL（　　）―（　　）―（　　）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　続柄（　　）