



# 未成年者治療同意書

りょうこ皮膚科クリニック

院長 西林涼子 殿

わたしは、下記の患者の親権者または法的代理人として、申込者の意思を尊重し、貴院に於いて申込者が（手術名・施術名） \_\_\_\_\_ を受けることに同意致します。

同意書記入日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者：住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

親権者または法定代理人：

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)