

未成年同意書

ca sa de gracia御中

私は、下記の申込者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、
法的代理人として貴院における申込人の診療契約・治療内容に同意致します。
なお、この治療に関して、緊急性あるいは医学的に必要な処置が発生した場合には、貴院の指示に従いますの
で、善処されることを希望致します。

記

ふりがな			
申込者			
生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号		職業	

以上

年 月 日

住所：

電話番号：

親権者名： 印（申込者との続柄： ）

* 確認のため、親権者の方へお電話を差し上げる場合がございます。