

20 歳未満の方で手術・治療をご希望される方は、親権者の承諾が必要になります。

未成年者 治療同意書

浜松中央クリニック 殿

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、
貴院において申込者が下記の診療・治療を受けることに同意致します。

尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置等が生じた場合、貴院の指示に従いま
す。貴院で受ける診察・治療において、異議申し立ては致しません。

記入日 西暦 年 月 日

治療・施術名	
申込者 (治療を受ける方のご氏名)	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)

*この欄は必ず法定代理人（親権者）様にご記入 捺印ください。	
治療を受ける方との続柄	
法定代理人氏名（親権者）	⑩
住所	
連絡先 電話番号	