

未成年者の診療に対する 同意書

中野セントラルパーククリニック
院長 殿

私は下記の受診者が未成年であるため、親権者として受診者の意思を踏まえ、法的代理人として貴院において今後受診者が診療を受けることに同意します。

平成 年 月 日

受診者氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

親権者氏名： _____ 続柄(_____)

住所： _____

電話番号： _____