

保護者同意書

未成年の方で、自費治療をご希望される場合は、保護者の承諾が必要になります。
来院時、保護者の方が同伴して頂くか、またはこちらの同意書をお持ちください。
同意書は、直筆で保護者の方のお名前と住所、認印をお願いいたします。

みらい内科クリニック 殿

(治療を受けられる方のご氏名)

_____ が、みらい内科クリニックにおいて、

自費治療 施術名：_____ を受けることに保護者として同意しました。

また、その治療に伴い発生する予期せざる事態に関しては、医学的に必要な処置を受けることについても同意しました。

(西暦/元号) 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

ご住所 _____

お電話番号 _____