

— 同意書 —

未成年者様氏名 \_\_\_\_\_

自由診療内容 \_\_\_\_\_

私は、上記未成年者の親権者としてメディカルプラスクリニックの上記治療を受けることに同意いたします。

同意日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

親権者様 住所 \_\_\_\_\_

(連絡先) TEL \_\_\_\_\_

親権者様氏名 \_\_\_\_\_ ご本人との続柄 \_\_\_\_\_