

# 親権者同意書

大宮中央クリニック 殿

私は親権者として申込者の意思を尊重し、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	
親権者氏名	(印)
住所	
連絡先 電話番号	