

# 未成年者治療同意書

## 大宮中央クリニック御中

本日、依頼者：\_\_\_\_\_が、大宮中央クリニックで

『\_\_\_\_\_』の治療を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受け、すべて了承した上で治療致します。

尚、この度の治療に関連して、緊急にあるいは医学的に処置が必要な事が起こった場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

平成 年 月 日

依頼者：住所

TEL (        ) - (        ) - (        )

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

保証人：住所

TEL (        ) - (        ) - (        )

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 (        )