

未成年同意書

Dr.MARI CLINIC 御中

本日、 _____ が

『 _____ 』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、すべて委任致します。

尚、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、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

受診者：住所

氏名 _____ 印 _____

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

親権者：住所

氏名 _____ 印 _____

緊急連絡先 (_____) _____

医療法人 総合麻里メディカル



mozo 院 名古屋市西区二方町 40 mozo ワンダーシティ 4 階
TEL (052) 506-0222 FAX (052) 506-0224

栄院 名古屋市中区栄 3-7-9 新鏡栄ビル 3 階
TEL (052) 261-1200 FAX (052) 261-1220