

未成年者同意書

ジョウクリニック 御中

本日、私の子である：_____ が術名：『_____』の
診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断をできると認め、ジョウクリニ
ックと診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

尚、この度の治療に関して、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。

(西暦) 年 月 日

申込者：住所

氏名 印

生年月日 年 月 日 歳

親権者：住所

連絡先 () ()

氏名 印

続柄 ()

ジョウクリニック