

未成年者の診療及び治療（施術）に関する同意書

医療法人誠仁会 五条桃谷皮膚科クリニック御中

私、_____（親権者）は_____（受診者）
が医）誠仁会 五条桃谷皮膚科クリニック（以下「当院」という）で診察・治療
（施術）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検査・処置等が生じた場合、医師の指示に従います。

当院で受ける診察・治療（施術）において、異議申し立ては致しません。

年 月 日

受診者氏名（自署） _____

住所 _____

親権者氏名（自署） _____

住所 _____

連絡先（電話番号） _____

※中学生以下の方は必ず 親権者の同伴が必要です。