

## 未成年者同意書

私は、下記の申込者が未成年または、判断能力が不十分であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法的代理人として貴院における申込人の診察および診療に同意致します。

記

ふりがな			
申込者			
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号	- -	職業	
治療内容			

以上

20 年 月 日

住所 :

電話番号 :

親権者名 :

印

(申込者との続柄: )