

未成年者同意書

年 月 日

医療法人愛礼会 松前内科医院（乙）

住所：〒491-0871 愛知県一宮市浅野字紅椋野 50-1

TEL：0586-81-7001

私は、貴院の行う治療に対し、貴クリニックより事前に提供された書面に基づき甲・乙間において締結される、契約書記載の内容を承諾の上、甲の契約申し込みに同意します。施術に関して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が生じた場合、貴院の指示に従います。

希望施術					
契約者(甲)					
生年月日	年	月	日生	年齢	歳
住所					
電話番号					

◆同意者

※親権者ご本人が署名・押印してください。

年 月 日

親権者

氏名 _____ 印 _____ 契約者との続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____