

御中

# 未成年者同意書

私、(保護者氏名) \_\_\_\_\_ (統柄) \_\_\_\_\_ は、

(本人氏名) \_\_\_\_\_ が、 \_\_\_\_\_ の

治療・カウンセリングを受ける事に同意致します。

尚、この度の治療・カウンセリングに関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合は、貴院の指示に従いますので善処される事を希望致します。

【治療・カウンセリング日】 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【治療金額】 ¥ \_\_\_\_\_

【麻酔の使用】 有 ・ 無 (全身麻酔・局所麻酔・クリーム麻酔・その他)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所：

緊急連絡先：( \_\_\_\_\_ )

保護者氏名：

Ⓜ