

治療同意書

私は、下記の申込者が20歳未満または、判断能力が不十分であることから私が申込者の意思を尊重し、貴院における申込者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	

以上

20 年 月 日

現住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 〒 —
電話番号	— —
同意者氏名	サイン 又は印
申込者との続柄	(続柄例) ▶ 法定代理人 ▶ 直系尊属(父・母・祖父・祖母) ▶ 傍系尊属(伯父・伯母・叔父・叔母)