

未成年者同意書

私、(保護者氏名) _____ (続柄) _____ 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： _____ (印)