

未成年者同意書

(乙)

年 月 日

病院名

住所

TEL

私は、貴院の行う医療行為に対し、貴院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、治療同意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

契約者氏名(甲)			
生年月日	年 月 日生	年齢	
住所			
電話番号			

●同意者

親権者

氏名 住所 連絡先

※親権者ご本人が署名・押印して下さい。

年 月 日

印 契約者との続柄