

未成年者様用 保護者同意書

医療法人 興仁会
大和田病院 病院長殿

この度、保護者 _____ (続柄: _____) は、
_____ (未成年者氏名) の _____ (施術内容) の
施術実施に同意いたします。

施術に伴う合併症・副作用の内容、貴院の方針を十分に理解いたしました。

年 月 日

保護者氏名 _____ (保護者自署)

保護者連絡先 _____