保護者治療同意書

自由が丘ロジエクリニック　宛

私は（　　）の保護者として自由が丘ロジエクリニックにおいて、

（　　）に関する治療を受けることに同意いたします。

同意日　　平成　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

住所

連絡先　　（　　）

＊保護者の方へのお願い
患者様が未成年でいらっしゃる為、治療を行うにあたり保護者の方の同意が必要となります。お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上、治療当日お持ち下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。
確認のため、ご連絡させていただく場合がございますのでご了承下さいませ。
なお、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願い致します。