

保護者治療同意書

医療法人社団 美純会 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 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。