未成年同意書

久屋クリニック本院　御中

私は、受診者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、『＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿』の治療を受けるに際し、その内容（治療の原理、方法、期待される効果、起こりうる副作用や合併症の予測、費用等）について説明を受け、理解、納得しましたので治療の実施に同意します。

治療方針や治療内容については、全て委任いたします。

尚、この度の治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので、善処されることを希望します。

令和　　年　　月　　日

受診者：住　　所

氏　　名　　印

生年月日　　平成・令和　　年　　月　　日生

電話番号　（　　）　　－

親権者：住　　所

氏　　名　　印

受診者との関係　（　　）

電話番号　（　　）　　－

医療法人　誠仁会　久屋クリニック本院
名古屋市中区錦３－５－31　ジブラルタ生命名古屋錦ビル１Ｆ TEL（052）962-2323　FAX（052）265-7797