

未成年者同意書

未成年の方が、外用剤含む自費治療を受けられる場合、保護者の方の同意が必要となります。来院時、保護者の方に同伴していただくか、またはこちらの同意書をお持ちください。同意書は、直筆で保護者の方のお名前と住所、認印をお願い致します。

ファミリア皮膚科長町において、患者さんの判断のもとに保険及び自費での診察、投薬、処置等を受けることに保護者として同意しました。また、その実施に伴い発生する予期せざる事態に関しては医学的に必要な処置を受けることについても同意しました。

保護者氏名 _____ 年 月 日 印
住所 〒 _____

患者さん氏名 _____ 印
住所 〒 _____
ファミリア皮膚科長町

未成年者同意書

未成年の方が、外用剤含む自費治療を受けられる場合、保護者の方の同意が必要となります。
来院時、保護者の方に同伴していただくか、またはこちらの同意書をお持ちください。
同意書は、直筆で保護者の方のお名前と住所、認印をお願い致します。

ファミリアクリニック卸町において、患者さんの判断のもとに保険及び

自費での診察、投薬、処置等を受けることに保護者として同意しました。

また、その実施に伴い発生する予期せざる事態に関しては医学的に必要な 処
置を受けることについても同意しました。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

住所 〒 _____

患者さん氏名 _____ 印

住所 〒 _____

ファミリアクリニック卸町