

治療依頼承諾書

ハナキクリニック 御中

私は保護者として、未成年である(A)が、貴院で

()の治療を受けることに同意致します。

令和 年 月 日

※必ず、保護者の方の了解を取り、ご記入下さい

(A)患者様

住所／

電話番号／

署名／

印

(B)保護者

住所／

電話番号／

署名／

印