

保護者治療同意書

広尾プライム皮膚科 宛

私は()の保護者として広尾プライム皮膚科において
((悩み))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

住所

保護者氏名

⑩

*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、治療当日お持ちくださいますよう、よろしく願いいたします。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆でお願いいたします。