

年 月 日

同意書

私、() は本同意書を持参した

※保護者の方の氏名

() () に対し

※続柄

※患者様の氏名

貴院が診療行為を行う事について同意いたします。

保護者氏名 (自署) _____ 印

住所 _____

連絡可能な電話番号 _____

患者氏名 _____

生年月日 T S H 年 月 日 年齢 _____