未成年者治療承諾書

わたしは、下記の申込者が未成年であることから親権者として申込者の意思を尊重し、法定代理人として、貴院に於いて申込者が 診療及び治療を受けること に同意致します。

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。

治療内容や費用等に関して不満や意見の申し立ては一切いたしません。電話・FAX・電子メールなどによる連絡等や説明の要求もいたしません。患者本人と情報の共有に努めます。

すでに行った治療費の払い戻し等も請求いたしません。

同意書記入日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　印

住　所：

電話番号：

親権者氏名（自署）：　　印　続柄（　　）

住　所：

電話番号：

医療法人社団 プラス会 赤井クリニック スキンケア