

保護者同意書

厚生クリニック 御中

私は、下記の診療申込者が未成年であることから、保護者として申込書の医師を尊重し、貴院における申込者の診療（処方・処置）に同意いたします。

診療内容（処方内容・処置内容）

ふりがな	
申込者	
生年月日	西暦 年 月 日 満（ ）歳
現住所	〒 ー 県 市
電話番号	固定・携帯（ ） ー

保護者	申込者との続柄
生年月日	西暦 年 月 日 満（ ）歳
現住所	〒 ー 県 市
電話番号	固定・携帯（ ） ー

申込日： 年 月 日

申込者氏名： _____

保護者氏名： _____ ⑩