

# 未成年者治療同意書

上野御徒町ファラド皮膚科

院長 上條広章 殿

私は、下記の患者の親権者または法的代理人として、申込者の意思を尊重し、  
貴院において申込者が（手術名・施術名）\_\_\_\_\_を  
受けることに同意します。

同意書記入日：令和 年 月 日

患者：住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

親権者または法定代理人：

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_