

## 治療同意書

私は、下記の申込者が20歳未満または、判断能力が不十分であることから私が申込者の意思を尊重し、貴院における申込者の診察および診療に同意致します。

記

|      |          |    |   |
|------|----------|----|---|
| ふりがな |          |    |   |
| 申込者  |          |    |   |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 現住所  | 〒 -      |    |   |
| 電話番号 | - -      | 職業 |   |

以上

20 年 月 日

|         |   |
|---------|---|
| 現住所     | <input type="checkbox"/> 申込者と同じ<br><input type="checkbox"/> 〒 - |
| 電話番号    | - -   |
| 同意者氏名   | (サイン<br>又は印)  |
| 申込者との続柄 | (続柄例) ▶ 法定代理人<br>▶ 直系尊属(父・母・祖父・祖母)<br>▶ 傍系尊属(伯父・伯母・叔父・叔母)       |