

保護者同意書

松原医院 御中

ID _____

私（保護者氏名） _____ は、未成年である（患者氏名） _____ が診療・医療行為に関して医師から受ける説明を十分に理解・判断する能力があると認め、私の同席なしに診療を受けることに同意します。

以下

保護者自筆記入欄

署名日 _____ 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ 印 _____