当院では、未成年者（18歳未満の方）が診察を受けられる際、親権者・保護者様のご同伴をお願いしております。 やむを得ず親権者・保護者様のご同伴なく診察を受けられる際は、本同意書にご署名、ご捺印の上、受診の際にご持参をお願いいたします。ご持参がない場合、処方・処置などの治療は行えませんのでご了承ください。

＊中学生以下の方は必ず親権者・保護者様のご同伴が必要です。

Tenjin Toya Clinic 御中

親権者・保護者同意書

私、＿＿＿＿＿＿＿＿（親権者・保護者）は、

私の子である＿＿＿＿＿＿＿＿が、Tenjin Toya Clinicにおいて診察・治療を受けることに同意致します。緊急または医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。また、Tenjin Toya Clinicとの診療契約を取り消すことは致しませんし、施術をされたことに対し一切の異議申し立てを致しません。

年　　月　　日

受診者　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 印　続柄：＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿

Tenjin Toya Clinic