未成年者治療および施術契約同意書

医療法人社団 聖育会
三枝産婦人科医院　殿

治療開始年月日：　平成　　年　　月　　日

治療および施術内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　私は、上記契約並びに治療に関し、私の子である　＿＿＿＿＿＿＿＿＿の意志に同意致します。
　なお、治療中及び治療後も貴院を尊重し、指示に従います。
　以後、上記内容について不服を申し立てることは致しません。
　以上の通り、相違ありません。

平成　　年　　月　　日

本人　　氏名：

親権者　住所：

親権者　氏名：　　捺印