

診療同意書

新宿メディカルクリニック 御中

この度貴院にて診療（診察及び手術）が行われることを保護者として同意いたします。

平成 年 月 日

診療を受けられる方の氏名： _____ ④

保護者氏名： _____

住所： _____

TEL： _____