

未成年者の診療および治療（施術）に関する同意書

医療法人佐々木歯科医院 宛

私 _____（親権者）は _____（受診者）が
医療法人佐々木歯科医院（以下「当院」という）で診察・治療（施術）を
受けることに同意いたします。

なお、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な検査・処置等が
生じた場合には、医師の指示に従います。

当院で受ける診察・治療（施術）において、異議申し立てはいたしません。

記

年 月 日

【受診者】

氏名（自署）： _____

住所： _____

【親権者】

氏名（自署）： _____

住所： _____

連絡先（電話番号）： _____

※中学生以下の方については、必ず親権者の同伴が必要です。