

未成年者（20 歳未満の方）治療同意書

東郷美容形成外科福岡 御中

私 _____ は、（保護者・成人者）

_____ が（未成年者様・患者本人様）

治療名

上記治療の診療・治療（投薬含む）を受ける事に同意します。

この治療に関して、医学的処置や緊急で必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。

上記内容に納得・理解し東郷美容形成外科福岡で受ける診療・治療（投薬含む）・費用において一切の異議申し立てはしないことを誓い、手続きをしたことを認めます。

年 月 日

保護者ご署名 _____ 続柄 _____

保護者ご住所 _____

保護者連絡先 _____