

未成年者単独の受診の同意書

医療法人社団レニア会 アルテミス ウイメンズ ホスピタル 院殿

私、 _____ (親権者) は

_____ (受診者) が

医) レニア会 アルテミス ウイメンズ ホスピタルで診察・治療を受けることに同意致します。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、医師の指示に従います。医) レニア会 アルテミス ウイメンズ ホスピタルで受ける診察・治療において、異議申し立ては致しません。

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) _____