

分娩予約に関する書類一式は32週目までに揃えて  
1階総合受付に提出してください。

# 承諾書

20 年 月 日

アルテミス ウイメンズ ホスピタル 院長 殿

私(私たち)は、「分娩に際する説明・承諾書」についての説明を十分理解しましたので診療に同意し、承諾いたします。

患者様

住所

---

氏名

---

同意者

住所

---

氏名

---

[ 続柄 ]

※ 患者様氏名と同意者(配偶者もしくは保護者)両方の署名をお願いいたします。



ARTEMIS WOMEN'S HOSPITAL

〒203-0054 東京都東久留米市中央町1-1-20 TEL 042-472-6111