

# 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。

## 【本人】

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。

