

# 未成年者単独の受診の同意書

アルテミス ウイメンズ ホスピタル 院長 殿

私、\_\_\_\_\_（親権者）は、\_\_\_\_\_（受診者）がアルテミス 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、処置などが生じた場合、医師の指示に従います。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いたしません。

20        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） \_\_\_\_\_

