

## 未成年治療契約同意書

セントローズクリニック 殿

治療名称：\_\_\_\_\_

治療 年月日 平成 年 月 日

本日、私は、上記契約並びに治療に関し、本人の意思に同意致します。

なお、治療中及び治療後も貴院を尊重し、指示に従います。

以後、上記内容について不服を申し立てる事は致しません。

以上の通り、相違ありません。

平成 年 月 日

本人 氏名 \_\_\_\_\_

親権者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)