カルテ No._____

小児歯科治療に関する親権者同意書

医療法人社団 清颯会

プラザ歯科医院　宛

〒252-0335
神奈川県相模原市南区下溝606-21
ぷらざ2369・2F-D

電話　042-777-7377

下記をお読みいただき、確認・承認をいただいた場合は☑してください。

□私は、下記の治療申込者が未成年(小児)であることから、親権者として、貴院において診察・治療を受けることに同意し、署名します。なお、親権者が複数いる場合は、他の親権者も含め親権者全員が診察・治療に同意し納得しています。

□親権者の方で診療や治療に関するご質問がある場合は、初診時に必ずご同伴をお願いいたします。

□診察・治療に際し、確認のため親権者の方にご連絡させていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。(日中につながりやすい電話番号のご記入をお願いいたします。)

※必ず親権者ご本人が自署してください。

西暦　　年　　月　　日（※記載して頂いた日をご記入ください）

本人　　氏　名_____

親権者　　氏　名_____　㊞

住　所_____

連絡先_____