

未成年同意書

年 月 日

私は下記の患者が施術、処置に必要な局所麻酔を受けることに親権者として同意し、署名いたします。

患者氏名 _____ 印

住所 _____

連絡先 _____

生年月日 _____ 年 月 日

親権者氏名 _____ 印

患者との関係 _____

緊急連絡先 _____