

## 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 \_\_\_\_\_