

未成年者の診療および治療に関する同意書

宇都宮小児科内科クリニック御中

私、 _____（保護者／成人）は
_____（受診者）が

宇都宮小児科内科クリニックで診察・治療を受けることに
同意致します。

尚、この度の治療に関して緊急あるいは医学的に必要な
処置が生じた場合は医師の指示に従います。

宇都宮小児科内科クリニックで受ける診察・治療において
異議申し立ては致しません。（保護者記入）

年 月 日