医療法人社団 蒼樹会 山本整形外科

親権者同意書

私の子である　　が診療・施術の説明について十分に理解し自己の利益の判断をできると認め、医療法人社団 蒼樹会 山本整形外科と診療契約・支払い契約を結ぶことに同意します。

平成　　年　　月　　日

親権者住所

親権者氏名　　㊞

医療法人社団 蒼樹会 山本整形外科

同席承諾書

私　　は、　　年　　月　　日　の

医療法人社団 蒼樹会 山本整形外科における話し合いに、

である　　が

同席することを承諾致します。

平成　　年　　月　　日

氏名　　㊞