

受診同意書

湘南東部クリニック 院長 様

年 月 日

下記の者が 貴院を受診することに同意いたします。尚、検査、処置等が生じた場合は主治医に判断を委ねることも併せて同意いたします。

〒

(受診者) 住 所

氏 名 (直筆のサイン)

電話番号

記

(法定代理人) 住 所

氏 名 (直筆のサイン)

間 柄 (受診者 (私) からみて)

連絡先 (連絡が容易にとれる番号をお願いします)

TEL _____