

同意书

年 月 日

横浜山手诊所 御中

申请人同意接受以下治疗。

< 申请人 >

姓名：

出生日期： 年 月 日

年龄：满 岁

地址：〒

联系电话： — —

治疗名称：

< 法定代理人 >

姓名： — 印

与申请人的关系：

地址：〒

联系电话： — —