

# 同意书

横浜山手诊所 御中

年       月       日

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: \_\_\_\_\_ -