

同意書

橫濱山手診所 御中

年 月 日

申請人同意接受以下治療。

<申請人>

姓名:

出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齡: 滿 _____ 歲

地址: 〒 _____ -

聯絡電話: _____ -

治療名稱:

<法定代理人>

姓名: _____ (印)

與申請人的關係:

地址: 〒 _____ -

聯絡電話: _____ -