

同意書

年 月 日

橫濱山手診所 御中

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： — —