

大場内科クリニック 健康診断 保護者同意書

私は、以下の内容を十分に理解した上で、未成年である下記のお子様
が保護者不在の状態で大場内科クリニックにおいて健康診断を受診す
ることに同意いたします。

【受診者情報】

・氏名：_____

・生年月日：_____

【保護者情報】

・氏名：_____

・続柄：_____

・連絡先(電話番号)_____

【同意内容】

1. 受診者が保護者の同席なしで健康診断を受けることについて、あらかじめ説明を受け、内容を十分に理解しました。
2. 健康診断の検査や処置に伴うリスクについても理解し、これを承諾いたします。
3. 健康診断の結果およびその後の連絡について、必要な対応を速やかに行っていただくことに同意いたします。

【保護者署名】

署名：_____ 印 _____

日付：_____ 年 _____ 月 _____ 日

以上