

# 未成年者的诊疗及施术的家长同意书

致 Sapho Clinic

- ① 我作□以下未成年人申□者的家□，我同意在贵院接受诊疗・施术。
- ② 在施□中，发生紧急状况或者在医学上有必要做处理的时候，我们都会听从贵院的指示。
- ③ 我会陪同孩子来就诊，如果我因故不能一同前往的话，之后我也不会对施术内容及费用提出任何异议。也不会要求退还已经施术及诊疗的费用。
- ④ 我会尽可能和申请人沟通关于施术内容的信息，一般不会要求贵院通过电话・电子邮件・传真与我们联系做详细的说明。

年 月 日

申请者姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

※必须由申请人本人亲自签名

家长姓名 \_\_\_\_\_ 与申请人的关系 \_\_\_\_\_ 盖章

地址 \_\_\_\_\_

联系方式(电话号码) \_\_\_\_\_

※必须由家长本人亲自签名

就诊・施术的时候，有可能会打电话与家长确认一些事情，请给予谅解。

(请填写白天比较容易接通的电话号码)