

松阪市病児及び病後児保育送迎事業利用に係る診療同意書

様

(受診児童名)

病児及び病後児保育の利用に当たり、保護者了承のうえ_____が保護者不在
で受診いたします。

なお、治療・投薬に関して、緊急時、非緊急時のいかなを問わず、医学的に必要な処置や
変更が生じた場合、貴院の指示に従います。

本日、受診児童および保護者が貴院に対して、上記の次第で治療したことに対して、不服
を申し立てることはいたしません。以上のとおり同意いたします。

年 月 日

受診児童名 _____

保護者名 _____

住 所 _____