

AUTHORIZATION FOR MEDICAL  
TREATMENT FOR MINOR  
未成年者治療同意書

I (we) give permission for Doctors On Call to give consent for medical treatment for our child \_\_\_\_\_ for the period from 18/May/2026 to 22/May/2026.

私（共）は子供（名前） \_\_\_\_\_ が  
2026年5月18日 から 2026年5月22日 までの期間治療を受けることを  
Doctors On Call に許可致します。

The following is all pertinent medical information such as illness, allergies, and medications my child is taking; or information I would like the treating physician or nurse to know.

子供の治療に関連する病気、アレルギー、服用中の薬等の医療情報、又は担当の医師や看護婦に知って頂きたい情報は次の通りです。

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Witness /証人

\_\_\_\_\_  
Signature/署名

\_\_\_\_\_  
Date/日付

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient/患者との関係