

記入見本

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 TARO SUZUKI for the period from 18/May/2026 to 22/May/2026.

私（共）は子供（名前）鈴木 太郎(生徒の名前)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。

日本語でご記入いただいても大丈夫です。

記入不要

鈴木 一郎 (保護者の署名 日本語可)

Witness /証人

Signature/署名

11/May/2026 (日/月/年 記入した日付)

父親 (保護者と生徒の関係、日本語可)

Date/日付

Relationship to Patient/患者との関係