

32週目までに1階総合受付に提出してください。

承諾書

20 年 月 日

アルテミス ウイメンズ ホスピタル 院長 殿

私(私たち)は、「分娩に際する説明・承諾書」についての説明を十分理解しましたので診療に同意し、承諾いたします。

患者様

住所

氏名

同意者

住所

氏名

[続柄]

※ 患者様氏名と同意者(配偶者もしくは保護者)両方の署名をお願いいたします。



ARTEMIS WOMEN'S HOSPITAL

〒203-0054 東京都東久留米市中央町1-1-20 TEL 042-472-6111