同 意 書

医療機関名：

私は、**○○ ○○**歯科医師から「治療内容についての説明をご記入願います」の治療内容・方法について「治療内容と方法の説明（説明文書）」文書によって詳細な説明を受け、裏面の説明事項について十分理解しました。ついては、この治療を受けることを同意します。

また「治療内容と方法の説明（説明文書）」文書及び本書の写しを受け取ります。

西暦 **○**年 **○**月 **○**日

上記内容について担当者 **○○ ○○**から十分説明を受け、理解のうえ同意いたしました。

**上記日付と担当者氏名は申請される先生の氏名、年月日をご記入願います。**

患者氏名 印

（保護者氏名）

住 所**（患者住所）**

**患者氏名は自署のこと。**

**患者が 20 歳未満の場合保護者の氏名をご記入願います。**

**※本紙は同意書の例文です。条件を満たした同意書であれば所定の用紙である必要はありませんが同意書は必ず保存をお願いいたします。**