

緊急医療処置同意書

Consent of urgent care

As Legal-Parents of Mr. / Ms. _____ We grant the laboratory, hospital, concerned and the attending staff full authorization for surgical and medical treatment of our child, and agree to pay all charges of hospital, medical care related to.

生徒 _____ の法定代理人として、担当医が内科的あるいは外科的治療を我々の子供に施すことを認め、

それに関するすべての費用を当該病院に支払うことに同意します。

生徒の生年月日 (Date of birth) _____ (YYYY) (MM) (DD)

保護者署名 (Signature of parent) _____

電話番号 (Phone) _____

*本同意書は、旅行参加中に現地にて事故及び病気により、緊急に病院の治療を受けなければならない場合に使用するものであり、治療あるいは入院の手続きに関し、必ず現地病院より求められるものです。完全にご記入のうえ提出してください。