



医 療 同 意 書

Medical Treatment Consent Form

As legal guardian of

(Student name) \_\_\_\_\_ ,

I grant the hospital and the attending staff full authorization for surgical and medical treatment of the student mentioned above, and agree to pay all charges incurred in this connection to the hospital.

上記学生の法定代理人として、留学期間中医師が必要と認める緊急の場合、内科的あるいは外科的治療を施すことを認め、これに係るすべての費用を当該病院に支払うことに同意いたします。

Date \_\_\_\_\_

日付

Signature of guardian \_\_\_\_\_

法定代理人署名

\* This form is required for emergency medical treatment during the study abroad program.

本同意書は、留学中の緊急を要する治療・入院等の手続きに必要なものです。

\* ご記入いただいた個人情報は、本制度のために利用され、その他の目的には利用されません。  
Information submitted here will only be used to the extent of the Student Exchange Program.