歯科矯正保護者同意書

当クリニックでの未成年の歯科矯正は保護者の同意が必要となります。

サインした本同意書をご持参ください。

予約クリニック名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私（保護者）は患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が歯科矯正治療を受けることに同意します。

＿＿＿＿年 ＿＿＿＿月 ＿＿＿＿日

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞ 続柄 ＿＿＿＿＿＿

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 ＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿