

同意書

年 月 日

保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、
治療を行うにあたり保護者の方の
同意が必要となります。

お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上、
治療当日までに当院までご提出下さい。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆で
お願い致します。

〒 171-0022
東京都豊島区南池袋2-26-6 島倉ビル4F
フリーダイヤル 0120-394-118

ザ・ホワイトデンタルクリニック

治療名

・審美歯科

受診者					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

保護者記入欄

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

氏名					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					