

治療同意書（未成年者用）

ばなな矯正歯科恵比寿 御中

本日、私は保護者として、本人が貴院に対し、矯正治療、ホワイトニング治療の診察・契約の申し込みを行うこと及び契約締結することに異議なく同意致します。

なお、治療中及び治療後も貴院を尊重し、指示に従います。以後、上記内容について不服を申し立てることは致しません。

西暦 年 月 日

本人 氏名 _____

 住所 _____

親権者 氏名 _____ 印

 住所 _____