

# 保護者同意書

\_\_\_\_\_ 御中 (予約クリニック名を記載ください)

本日、私は保護者として、本人が貴院に対し、マウスピース矯正プログラム「キレイライン矯正」の診察及び契約の申込みを行うこと及び契約締結を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事は致しません。

令和 年 月 日

本人 氏名 \_\_\_\_\_

親権者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)