

# 保護者同意書

\_\_\_\_\_ 御中（ご予約クリニック名）

私は（ \_\_\_\_\_ ）の保護者として、マウスピース矯正の診察及び契約の申込  
ならびに契約締結をすることに異議なく同意いたします。また、治療中及び治療後も貴院を  
尊重し、貴院の指示に従います。

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。

同意書記入日 : \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご本人

氏名 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

保護者

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

ご住所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

患者様が未成年でいらっしゃる為、治療を行うにあたって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、治療当日お持ち下さいますよう、宜しく願い申し上げます。確認のため、ご連絡させていただく場合がございますのでご了承下さいませ。