

保護者同意書

18歳未満及び学生（大学生も含む）の方の矯正治療に関しては、保護者様の承諾が必要となります。

精密検査・矯正治療にはご料金が発生いたします。

私は、新宿歯科・矯正歯科の矯正カウンセリングを承諾致します。

承諾日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ (続柄)

本人氏名 _____