

# 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。

〒104-0061  
東京都中央区銀座7丁目4-13  
銀座メディカルビルANNEX1F

電話番号: 03-3572-4480

ブランパ銀座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					