

保護者承諾書

18歳未満の方・学生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。
ご本人の希望があれば検査を受けられます。

池袋駅前歯科・矯正歯科で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 _____