

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有料で検査を受けられます。

天神歯科・矯正歯科での有料の精密検査を承諾致します。

承諾日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

(続柄) _____

本人氏名 _____ 印

〒810-0001
福岡県福岡市中央区天神2-5-17
プラッツ天神501
天神歯科・矯正歯科