

親権者同意書

年 月 日

AND 美容外科・歯科 御中

私は、申込者の親権者（法定代理人）として、貴院で申込者が下記歯科治療を受けることに同意いたします。ご契約時には親権者様ご同伴の上、お願い致します。

【申込者】

治 療 内 容	☐ 矯正治療 ☐ セラミック治療 ☐ その他（ボトックス、ホワイトニング等）		
申 込 者 氏 名	印		
生 年 月 日	年	月	日 （ 満 歳）
ご 住 所	〒 —		
電 話 番 号	— —		

【親権者】

フ リ ガ ナ		続 柄
親 権 者 氏 名	印	
ご 住 所	〒 —	
電 話 番 号		

※親権者（法定代理人）ご本人様が、すべての親権者欄をご記入・ご捺印ください。

【備考欄】

治療に関して、特記事項や伝えておきたいことがあればご記入ください。