

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。

札幌キュア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 _____ 印

(続柄) _____

本人氏名 _____ 印

〒060-0061

札幌市中央区南1条西4丁目14番地8

第40ビッグビル6F

札幌キュア矯正歯科